Rok XXXIX. Kraków, 5 Maja 1900. Nr. 18.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym

Podał

**Prof. Dr. J. Prus**

Dyrektor Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem dnia 11 listopada 1899 r.).

Jak wiadomo — z chwilą ustania oddechania i ruchów serca następuje śmierć osobnika. Odtąd rozpoczyna się w ustroju martwym szereg zmian, dążących w pierwszym rzędzie do zupełnego zniesienia wszelkiej pobudliwości tkanin. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rozmaite tkaniny utracają swą pobudliwość w różnym stosunkowo czasie, licząc od chwili śmierci osobnika. Najwcześniej traci swą pobudliwość tkanka nerwowa i tkanka gruczołowa, później tkanka mięśniowa, a wreszcie tkanka łączna. Tkanki, wycięte z ustroju żywego, zatrzymują również swą pobudliwość jeszcze przez czas pewien. I tak: nerw lub mięsień wycięty utrzymuje swą pobudliwość wśród korzystnych warunków nawet przez kilka lub kilkanaście godzin, — serce psa wycięte jest jeszcze czasem przez 96 godzin pobudliwe, -- a chrząstka zachować może swą żywotność nawet przez 30 dni.

Opierając się na tem założeniu, że w chwili śmierci osobnika poszczególne tkanki nie tracą jeszcze swej pobudliwości, doszedłem do wniosku, że w tych przypadkach, w których ustrój ludzki, posiadający tkanki zdrowe, uległ nagłej śmierci, czy to z powodu uduszenia, czy też z powodu otrucia chloroformem lub innemi truciznami, czy wreszcie z powodu rażenia prądem elektrycznym, — będzie można pokusić się o wskrzeszenie zmarłego przy pomocy sztucznego sprowadzenia tych warunków, od których życie ustrojów wyżej uorganizowanych przedewszystkiem zawisło t. j. przy pomocy wzniecenia: 1) sztucznego oddechania i 2) sztucznego obiegu krwi, oczywiście jeżeli przystąpimy do czynności wskrzeszania w tym okresie śmierci, w którym tkanki nie straciły jeszcze zupełnie swej pobudliwości.

Wobec tego przypuszczenia należało przedewszystkiem rozwiązać pytanie, w jaki sposób tym dwom warunkom w całej pełni zadosyć uczynić?

Aby dopełnić pierwszego warunku nie wystarcza, zdaniem mojem, zastósowanie metody Sylvestra, Paciniego, Howarda lub innych podobnych sposobów, którymi posługujemy się w przypadkach śmierci pozornej t. j. w tych przypadkach, w których czynność płuc i serca odbywa się jeszcze, aczkolwiek prawie niespostrzeżenie, lecz należy wykonać tracheotomię i połączyć wnętrze tchawicy za pośrednictwem stósownej rurki z odpowiednim mieszkiem, zapomocą którego można dostateczną ilość powietrza wdmuchiwać miarowo do płuc.

Co się tyczy drugiego warunku, to zastanawiając się nad sposobami wzniecenia sztucznego obiegu krwi, wyrobiłem sobie to przekonanie, że do tego celu prowadzić może najpewniej miarowe (rytmiczne) uciskanie palcami serca odsłoniętego, — w ten bowiem sposób możemy skutecznie naśladować skurcz i rozkurcz serca, a tem samem stworzyć możemy warunki, od których krążenie krwi w pierwszym rzędzie zależy.

Z naciskiem uwydatnić muszę, że zastósowanie sposobu, podanego przez Prof. Dr. Boehma[1]), polegającego na miarowem uciskaniu nienaruszonej klatki piersiowej, nie może sprowadzić sztucznego obiegu krwi w przypadkach śmierci nietylko u człowieka, ale nawet u zwierząt, które mają klatkę piersiową mało podatną, jak n. p. u starszych psów. Jak wiadomo, wykonał Boehm szereg doświadczeń głównie na młodych kotach, które, bądź to po zatruciu solami potasowemi, lub chloroformem, bądź też po zaciśnięciu tchawicy, — cucił przy pomocy sztucznego oddechania i przy pomocy miarowego uciskania podatnej klatki piersiowej. Zważywszy, że Boehm zastósowywał sztuczne oddechanie i miarowe ugniatanie klatki piersiowej z reguły natychmiast lub kilka minut po zniknięciu fali tętna na kimografie, a więc w okresie, w którym serce niewątpliwie jeszcze pewne samoistne ruchy wykonywało, aczkolwiek tak słabe, że manometr tych ruchów już nie znaczył, nie ulega wątpliwości, (co zresztą sam Boehm przyznaje), że odnośnie do jego doświadczeń nie można mówić o wskrzeszeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz tylko o ocuceniu z śmierci pozornej. Odkładając na później szczegółowe omówienie doświadczeń Boehma, zaznaczam, że zdaniem mojem możemy sztuczny obieg krwi u człowieka zmarłego sprowadzić jedynie przez bezpośrednie uciskanie palcami serca odsłoniętego, oczywiście po poprzedniem otwarciu klatki piersiowej bez naruszenia worków opłucnowych.

Tu nasuwa się znów pytanie, w jaki sposób najłatwiej można utorować sobie drogę do serca ludzkiego? W tym względzie przychodzi nam z pomocą chirurgia, podając sposoby odsłonięcia serca u człowieka bez zranienia worków opłucnowych. Pomijając inne dawniejsze sposoby, uwydatnić muszę, że sposób podany przez Radcę Dworu Prof. Dra Rydygiera[2]), tudzież sposób podany przez Doc. Dra Wehra[3]), pozwala na szybkie, pewne i dostateczne odsłonięcie serca

[1]) Prof. Dr. R. Boehm: »Ueber Wiederbelebung nach Vergiftungen und Asphyxie«. *Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* VIII Bd. 1877.

[2]) Prof. Rydygier: »O ranach serca». *Przegl. lek.* 1898. Nr. 00. »Ueber Herzwunden». *Wien. klin. Wochschr.* 1898. Nr. 47.

[3]) Doc. Dr. Wehr: »Ueber eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens«. *Arch. f. klin. Chirurg.* 59 Bd. Heft 4.

tak, że serce ludzkie można swobodnie ująć w rękę i należycie miarowo uciskać.

Chcąc się przekonać, czy pomysł wskrzeszenia zmarłego zapomocą sztucznego oddechania i sztucznego obiegu krwi może się urzeczywistnić, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, w których zwierzęta, pozbawione życia bądź to przez uduszenie, bądź też przez otrucie chloroformem lub rażenie prądem elektrycznym, starałem się wskrzesić w różnym okresie trwania śmierci, wykonywując sztuczne oddechanie i uciskając miarowo odsłonięte serce.

1) Wskrzeszanie w przypadkach śmierci z uduszenia.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: Na zwierzęciu żywem i zdrowem, a uśpionem w sposób odpowiedni i przywiązanem do stoliczka Klebsa, wykonywałem najprzód tracheotomię i łączyłem tętnicę szyjną z manometrem rtęciowym. Po prawej stronie klatki piersiowej przymocowywałem poduszeczkę gumową, połączoną z bębenkiem Mareya, celem badania ruchów oddechowych. Wszelkie wahania w parciu krwi oraz ruchy oddechowe znaczyły się na szerokiej taśmie papieru, poczernionego sadzą. Taśmę papieru, 4 metry długą, a 25—36 ctm. szeroką, obracały stósowne walce mego kimografu, zbudowanego na wzór kimografu Heringa, zwykły bowiem kimograf Ludwiga nie nadaje się tak dobrze do tego rodzaju doświadczeń. Tak kimograf, jak i miech, służący do sztucznego oddechania, wprawiałem w ruch zapomocą małych motorów elektrycznych. Zaznaczywszy najprzód na kimografie prawidłowe parcie krwi i ruchy oddechowe zwierzęcia, zaciskałem następnie szczelnie rurkę gumową, połączoną z rurką, umieszczoną w tchawicy. Od tej chwili rozpoczynało się duszenie się zwierzęcia, a manometr wskazywał znaczne podwyższenie się parcia krwi, poczem wkrótce pojawiały się gwałtowne wahania się w parciu i tak zwane tętno nerwu błędnego, oraz występowała gwałtowna duszność i drgawki. Po ustaniu drgawek oddechy stopniowo zmniejszały się, a parcie zwolna poczynało opadać, wreszcie oddech ustawał zupełnie, a zwykle w 2 lub 3 minuty później parcie obniżało się do zera, na krzywej zaś ciśnienia znikał wszelki ślad wahań, zależnych od czynności serca.

Czas, jaki upłynął od chwili zaciśnięcia tchawicy aż do ustania ruchów serca t. j. czas trwania duszenia równał się *minimum*: 4 minutom, *maximum*: 20 minutom. W szczególności okres duszenia trwał: 4',—4'7'',—4'20''—5' (w 3 przypadkach), — 5'21'',—5'30'',—5'45'' (w 2 przypadkach), 5'55'',—6', (w 3 przypadkach) — 6'25'',—6'30'' (w 2 przypadkach) —7' (w 6 przypadkach), —7'20'',—7'30'',—8' (w 6 przypadkach, — 8'17'', (w 2 przypadkach) — 8'38'',—9' (w 3 przypadkach) 9'40'' (w 2 przypadkach), — 10',—10'34'', —11',—13',—20'.

Od chwili ustania wszelkich ruchów oddechowych aż do chwili ustania ruchów serca upływała zwykle jedna, dwie lub trzy minuty, a wyjątkowo nawet 5 minut. W dwóch przypadkach ustała czynność serca wcześniej, niż oddech, a mianowicie w jednym przypadku o 15'', a w drugim przypadku o 2'33'' wcześniej, niż ostatni oddech.

Gdy ruchy oddechowe i ruchy serca ustały, otwierałem klatkę piersiową albo w linii środkowej ciała przez przepiłowanie mostka, albo też po stronie lewej przez przecięcie 2 lub 3 chrząstek żebrowych w miejscu ich przyczepienia się do żeber. Pierwszego sposobu używałem w tych przypadkach, w których nie zależało mi na tem, aby zwierzę po wskrzeszeniu nadal przy życiu utrzymać, natomiast drugim sposobem otwarcia klatki piersiowej posługiwałem się wówczas, gdy zamierzałem zwierzę wskrzeszone pozostawić przy życiu przez czas dłuższy. Oglądnąwszy jak najstaranniej odsłonięte serce i przekonawszy się, że ani komórki, ani przedsionki nie okazują już najmniejszego śladu ruchu, że więc śmierć zwierzęcia niewątpliwie nastąpiła, wyczekiwałem spokojnie przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt minut, zwracając ciągle baczną uwagę na odsłonięte serce i zapisując czas ten w protokole doświadczeń. Wreszcie przystępowałem do czynności wskrzeszania.

Po zdjęciu zacisku, zamykającego dostęp powietrza do płuc, łączyłem nasadkę gumową rurki, umieszczonej w tchawicy, z miechem, służącym do sztucznego oddechania. Dodać muszę, że, jak to zwykle się czyni, w rurce gumowej robiłem przez skośne jej nacięcie maleńki otworek, by nietylko nadmiar powietrza, wtłaczanego do płuc, ale także powietrze wydechane mogło tą drogą swobodnie uchodzić. Objąwszy prawą ręką odsłonięte serce tak, że wielki palec spoczywał na komórce prawej, a inne palce dotykały komórki lewej, rozpoczynałem miarowo uciskać obie komórki serca z mierną siłą naśladując tym sposobem skurcz i rozkurcz serca. Najczęściej równocześnie z rozpoczęciem uciskania serca wprawiałem w ruch mieszek do sztucznego oddechania. W niektórych przypadkach rozpoczynałem sztuczne oddechanie nieco później (a mianowicie o:10'', — 15'' (2 razy), — 30'', —3'30'') lub wcześniej (a mianowicie o: 30'',—50'',—3'), niż mięsienie serca. Za każdym uciskiem serca podnosiła się rtęć w manometrze o kilka lub kilkanaście milimetrów. Po kilkunastu lub kilkudziesięciu uciśnieniach serca wypoczywałem chwilę, przyglądając się uważnie odsłoniętemu sercu, poczem rozpoczynałem na nowo uciskać miarowo obie komórki serca, dopóki zmęczenie nie zmusiło mnie do wypoczynku.

W wyjątkowych przypadkach pojawiały się już po 14 sekundach mięsienia odrazu energiczne samoistne ruchy serca. Zwykle atoli należało przez dłuższy czas uciskać serce, by samoistne ruchy serca się zjawiły. Pod wpływem mięsienia zaczynały zwykle komórki najprzód jędrnieć i przybierać barwę jaśniejszą, a po pewnym dopiero czasie zjawiały się słabiuchne samoistne ruchy przedsionków, a następnie samoistne słabe skurcze komórek. Wówczas to manometr wskazywał stopniowe podwyższanie się parcia krwi wśród mięsienia, przy czem w chwili, wolnej od mięsienia, parcie nie obniżało się już do zera, lecz utrzymywało się na pewnej wysokości. Wkrótce potem wśród mięsienia zjawia się pierwszy energiczniejszy samoistny skurcz komórek, znaczący się nietylko wybitnie pod palcami, lecz także na krzywej ciśnienia wyraźnym podskokiem. Pod wpływem dalszego mięsienia potęgowała się już widocznie energia samoistnych skurczów komórek, uderzenia serca z początku powolne i nieregularne, stawały się częstszemi i więcej miarowemi, a co najważniejsza, zjawiał się wkrótce okres, w którym samoistne uderzenia serca nie ustawały nawet w czasie, wolnym od mięsienia. Gdy mimo dłuższej przerwy w mięsieniu energia samoistnych skurczów serca stopniowo wybitnie się potęgowała i parcie krwi widocznie się wzmagało, bywało już zwykle dalsze mięsienie serca zupełnie zbyteczne. Jeżeli

atoli w okresie, wolnym od mięsienia, samoistne ruchy serca nie wzmagały się, lecz utrzymywały się tylko w pierwotnej sile, lub co gorsza zaczęły słabnąć, musiałem oczywiście ponawiać mięsienie, w przeciwnym bowiem razie serce wcześniej lub później przestawało bić, gdy tymczasem pod wpływem dalszego mięsienia siła skurczów serca niemal zawsze wzrastała tak, że ostatecznie udawało mi się doprowadzić serce do tego stanu, iż mimo zaprzestania mięsienia akcya serca już dalej samoistnie się wzmagała, a tem samem dalsze mięsienie serca bywało już zbyteczne.

Po pewnym czasie trwania samoistnej czynności serca i stopniowego wzmagania się parcia krwi pojawiał się zwykle pierwszy samoistny wdech, tak słaby, że piórko bębenka Mareya, które oczywiście znaczyć musiało ruchy klatki piersiowej, zależne od sztucznego oddechania, nie zdradzało wcale pojawienia się tego oddechu. Pierwszy ten wdech znaczył się jednak dość wyraźnie na krzywej ciśnienia krwi, w chwili bowiem wdechu parcie cokolwiek się obniżało, a następnie natychmiast podwyższało się wybitnie ponad poziom poprzedni. Wkrótce potem pojawiał się drugi wdech, znaczący się jeszcze wybitniejszem podwyższeniem się parcia krwi. Trzeci wdech uwidoczniał się już zwykle nietylko na krzywej ciśnienia, ale także na krzywej oddechania, a samoistny ruch klatki piersiowej można było już okiem zauważyć. Każdy następny wdech znaczył się jeszcze wybitniej tak na krzywej ciśnienia, jak i na krzywej oddechania. Pierwsze wdechy przychodziły do skutku jedynie z powodu działania samej przepony, przy następnych atoli wdechach brały już także udział mięśnie klatki piersiowej. Po pewnym czasie trwania samoistnych ruchów oddechowych sztuczne oddechanie stawało się już zbytecznem, — oczywiście w tych przypadkach, w których klatkę piersiową otworzono po stronie lewej, a więc tylko przy jednostronnej odmie piersiowej.

W dalszym ciągu wskrzeszania zaczyna zwierzę odziaływać na bodźce zewnętrzne. Po dotknięciu rogówki powieka odruchowo się zamyka, po ukłuciu podeszwy łapka się porusza, a gdy wpuścimy silniejsze światło do oka, źrenica się zwęża i t. p. Następnie zaczyna zwierzę wykonywać rozmaite ruchy dowolne oraz odzyskuje przytomność.

W przypadkach, w których od chwili ustania ruchów serca aż do rozpoczęcia mięsienia serca upłynął znaczniejszy przeciąg czasu, musimy czasem mięsić serce przez jednę lub dwie godziny, nim pojawią się dostatecznie silne samoistne ruchy serca, podczas gdy pierwsze ślady samoistnych ruchów, zwłaszcza na przedsionkach, pojawiają się zwykle nawet w tych przypadkach dość wcześnie. Najtrudniej atoli pobudzić serce do samoistnej czynności niemal zawsze wówczas, gdy pod wpływem mięsienia pojawią się najprzód tak zwane włókienkowe drgania, podobne do ruchów robaczkowych (*delirium cordis).*

Co do czasu, jaki upłynął od chwili ustania ruchów serca, a więc od chwili śmierci zwierzęcia, aż do rozpoczęcia mięsienia, to w 44 doświadczeniach czas ten równał się minimum 1ej minucie, a maximum 1ej godzinie. W szczególności czas ten, wyrażający oczywiście trwanie śmierci zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia zabiegow, mających na celu jego wskrzeszenie, równał się: 1′ (w 3 doświadczeniach), —1′30″, 2′,—3′ (w 8 przypadkach), —3′20″, —3′30″ (w 2 przypadkach, —3′49″, — 4′30″,—4′40″, —5′ (w 4 doświadczeniach), 5′30″, —5′50″, —6′ (w 3 przypadkach), —7′27″ —8′, —10′ (w 5 przypadkach), —15′ (w 2 przypadkach), 16′, —30′, —40′,—45′—50′—1$^h$ (w 2 przypadkach).

Czas, przez jaki musiano mięsić serce, aby pierwsze ślady samoistnych rytmicznych ruchów serca się pojawiły, trwał *minimum* 14 sekund, *maximum* 1 godzinę 47 minut, a w szczególności: 14″—30″ (w 2 przypadkach), 35″,—45″, (w 2 przypadkach), —50″, —53″, —55″, — 56″, — 58″, —1′, (w 2 przypadkach), 1′30″ (w 4 przypadkach), —1′47″,—2′, —2′30″ (2 razy), —2′34″, —2′35″, —2′40″, —2′51″, — 3′,— 5′,—6′—10′ (2 razy), —11′34″, —12′, —13′30″,—13′41″,— 15′, —36′, —51′30″, — 1$^h$— 1$^h$34′, —1$^h$47′. W jednym przypadku nie pojawiły się żadne ślady samoistnych ruchów serca mimo długiego mięsienia, a w trzech przypadkach wystąpiły tylko drgania włókienkowe.

Samoistna, regularna i energiczna czynność serca powróciła w 32 przypadkach na 44 doświadczeń, natomiast w 8 przypadkach nie można było pobudzić serca do regularnej i energicznej czynności pomimo tego, że słabe miarowe ruchy serca się pojawiły, podczas gdy w 4 przypadkach (jak już wspomniałem) nie było wogóle żadnych miarowych ruchów serca.

Czas, przez jaki musiano mięsić serce, aby nietylko ślady ruchów serca, lecz także samoistna, regularna i energiczna czynność serca powróciła, wahał się od *minimum* 14 sekund do *maximum* 1 godziny 50 minut. W szczególności czas ten w wspomnianych 32 przypadkach równał się: 14″, — 30″ (w 2 przypadkach), —45″, —50″, —55″,—1′ (w 2 przypadkach), —1′10″,—1′15″,—1′30″—2′ (3 razy), —2′30″.—2′35″, —2′51″,—3′2″,—6′, — 7′,—10′, — 12′,—13′41″,—14′,—16′,— 24′47″,—26′—51′30″,—58′,—1$^h$1′17″—1$^h$40″,—1$^h$50′.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych śladów samoistnych ruchów serca aż do samoistnej, regularnej i energicznej czynności serca, równał się w wspomnianych 32 przypadkach *minimum* zeru, a *maximum* 1 godzinie 26 minutom i 30 sekundom, — mianowicie w 14 przypadkach czas ten równał się zeru, to znaczy, że z chwilą pojawienia się pierwszych samoistnych ruchów serca nastała także regularna i energiczna czynność serca, podczas gdy w innych przypadkach czas ten równał się: 12″,—28″,— 39″,—40″,—1′4″,—1′15″,—2′,—4′,—5′7″, — 6′,—8′,—8′30″,— 11′,—16′,—22′,—23′,—49′17″,—1$^h$26′30″.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych ruchów serca aż do pierwszego samoistnego wdechu równał się: *minimum* zeru, (t. j. wdech pojawił się równocześnie z pierwszym skurczem serca), a *maximum*: 1 godzinie 46 minutom i 43 sekundom. W szczególności czas ten określają następujące cyfry: 0″ (w 2 przypadkach), —10″, —30″,— 1′19″,—1′25″,—1′26″,—1′30″.—2′,—2′30″ (2 razy), 2′43″,— 2′55″, —3′,—3′5″, —3′15″,—3′30″ (2 razy), 3′45″, —4′, —4′4″, —5′1″, — 9′, 10′ 10′20″,—11′,—12′7″, —13′,—24′,—35′25″,— 37′, —1$^h$46′43″.

W niektórych przypadkach powrócił samoistny oddech wcześniej, niż samoistna czynność serca, a mianowicie o: 10″,—7′56″,—28′,—1$^h$28′ wcześniej.

W przypadkach, w których zależało mi na tem, aby zwierzę po wskrzeszeniu utrzymać nadal przy życiu, wykonywałem wszystkie zabiegi operacyjne wśród przestrzegania zasad aseptyki. Otworzywszy klatkę piersiową przez przecięcie dwóch lub trzech chrząstek żebrowych w miejscu ich przy-

czepienia się do żeber, obwiązywałem z osobna każde przecięte żebro i każdą przeciętą chrząstkę silną nitką jedwabną — nietylko w celu podwiązania naczyń międzyżebrowych, lecz także w tym celu, by po wskrzeszeniu zwierzęcia złączyć chrząstki żebrowe z odpowiednimi żebrami zapomocą wspomnianych przewiązek. Ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że przy tym sposobie otwarcia klatki piersiowej mięsienie serca łączy się z wielkiemi trudnościami, nie można bowiem wsunąć całej ręki do wnętrza klatki piersiowej, lecz tylko palec wskazujący i środkowy, a co najwyżej także palec czwarty i piąty, podczas gdy wielki palec znajdować się musi na zewnątrz klatki piersiowej i opierać się na mostku. Wśród tych warunków może się mięsienie serca odbywać tylko w ten sposób, że właściwie tylko lewą komórkę uciskamy palcami, starając się równocześnie prawą komórkę przycisnąć do mostka. Pomimo tych jednak trudności udawało mi się nieraz wskrzeszenie zwierzęcia. Gdy samoistna czynność serca i płuc już się należycie odbywała, zaszywałem najprzód ranę na klatce piersiowej, następnie wyjmowałem rurkę z tchawicy, a zeszywszy starannie ranę tchawicy podwiązywałem tętnicę szyjną celem usunięcia z niej rurki manometru. Po starannem zeszyciu rany na szyi odwiązywałem zwierzę ze stoliczka i puszczałem na wolność, dbając o to, aby przez jakiś czas znajdowało się w pokoju dobrze ogrzanym.

W wyjątkowych przypadkach przychodziło zwierzę do siebie po wskrzeszeniu bardzo szybko tak, że w kilka minut po odwiązaniu mogło już biegać. Najczęściej zdarzało się, że w ciągu pierwszej godziny po wskrzeszeniu zdołało zwierzę zaledwie głowę podnieść lub zmienić pozycyę leżącą na siedzącą. Później dopiero zaczynało zwierzę wstawać na przednie, a wreszcie na tylne łapki. Chód zwierzęcia z początku był chwiejny, zwierzę łatwo się przewracało, utykało na najdrobniejszych przeszkodach, później atoli wykonywało już zwykle wszelkie ruchy bez trudności. (C. d. n.)

---

## II. Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.

# Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem *(Polyneuritis alcoholica.*

Podał
**Dr. Henryk Halban**
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

### Spostrzeżenie III.

Kobieta 35 l., od dawna nałogowa pijaczka; od 4—5 miesięcy rwące bóle w nogach, od miesiąca ogólne osłabienie, niedowład, pomieszanie (Verwirrtheit). Stan obecny w dn. 26. I. 98. Ogólne wychudzenie, niedowład dolnych kończyn pochodzenia wyskokowego, ustawienie stopy kopyto-szpotawe (equino-varus). Przeczulica skóry i mięśni kończyn dolnych, brak odruchów kolanowych, psychoza Korsakowa. Śmierć 10. II. 98. — Bardzo znaczne zwyrodnienie nerwów obwodowych, wybitnie, ściśle odgraniczone zwyrodnienie sznurów tylnych, nieznaczne zmiany w tylnych korzeniach rdzenia lędźwiowego, zmiany w komórkach rogów przednich.

Karolina G., lat 35, zamężna, szwaczka, przyjęta na klinikę chorób umysłowych dn. 24 I. 98. Mąż chorej, który zna ją od lat 18, a od 13 lat jest z nią żonaty, opisuje ją jako osobę, łatwo podniecającą się, nieznośną i kłótliwą. Na dowód przytacza, że w przeciągu 11 lat zmieniła 22 razy mieszkanie, gdyż zawsze była z czegoś niezadowolona. Używała dużo napojów wyskokowych i paliła dużo, była rozrzutną, sprzedawała sprzęty domowe, żeby kupić wódki i tytoniu. Jej nieznośne usposobienie wzmagało się w ostatnich czasach coraz bardziej; groziła nawet mężowi, tak że musiał się z nią rozwieść w r. 96. Dziedzicznego usposobienia do chorób nerwowych wykazać nie można. Raz zastąpiła, jednak poroniła (w r. 88). Mąż tak co do siebie, jak i co do swej żony, zaprzecza stanowczo, żeby przechodzili kiłę. Wyraźne umysłowe zmiany spostrzeżono dopiero w ostatnich tygodniach przed przyjęciem. Chora krzyczała w nocy i hałasowała w pokoju, żądała wina i piwa, nie poznawała własnej matki, słowem była zupełnie pomięszana. Mniej więcej od tego też czasu leży chora w łóżku. Na bóle w nogach skarży się jednak już od 5 miesięcy.

Stan obecny w dn. 26 I. 98. Chora wątło zbudowana, licho odżywiona. Źrenice dość szerokie, prawa szersza, niż lewa, oddziaływują leniwie na światło i zbieżność. Badanie wziernikowe nie wykrywa zmian w głębi oka. Nie ma zaburzeń w ruchach gałki ocznej, ani porażeń na twarzy. Zboczeń w mowie brak. — Kończyny górne wychudzone, siła mięśniowa bardzo nieznaczna, żadnego ograniczonego zaniku, ani porażeń nie można wykazać. Mięśnie, jakoteż pnie nerwowe za uciskiem lekko bolesne. Bezładu nie ma. Czucie prawidłowe.

Powłoki brzuszne przy ucisku bardzo bolesne. Dolne kończyny, także silnie wychudzone, są niedowładne. Chora leżąc w łóżku nie może prawie podnieść nóg w górę. Stopy w położeniu lekko kopyto-szpotawem, zgięcie grzbietowe bardzo utrudnione. Odruchów kolanowych po obu stronach brak, odruchy ścięgna Achillesa i podeszwowe bardzo żywe. Mięśnie, jakoteż pnie nerwowe bardzo czułe na ucisk, także skóra jest nadmiernie czułą, szczególniej na podeszwie, gdzie już lekkie dotknięcie wywołuje ból.

Oddziaływanie na prąd elektryczny: Kończyny górne – nieznaczne zmniejszenie pubudliwości przy drażnieniu bezpośredniem i pośredniem Kończyny dolne: przy drażnieniu n. strzałkowego mięśnie nie są pobudliwe; bezpośrednio drażnione bardzo silnym prądem przerywanym kurczą się, drażnione prądem stałym nie kurczą się.

Badanie narządów wewnętrznych prócz zaostrzonych szmerów oddechowych nic nieprawidłowego nie wykazuje. Mocz prawidłowy. Zwieracze nie porażone.

Pod względem umysłowym przedstawia chora typowy obraz psychozy Korsakowa. Wyobrażenie o czasie i miejscu jest niedostateczne. Z początku sprawia chora wrażenie osoby zniedołężniałej umysłowo, ponieważ odpowiada tylko niepewnie, z ociąganiem się, często się sobie sprzeciwiając, jednak przy dłuższem badaniu łatwo poznać, że wszystko to polega na znacznem osłabieniu pamięci Chora jest świadomą przynajmniej częściowo swego stanu, podaje sama, że nie może myśleć i łatwo zapomina; gdy się jej wykazuje sprzeczności w jej odpowiedziach, niecierpliwi się, a gdy żadnej wymówki na to znaleść nie może, zaczyna płakać. Zwraca uwagę, że podania chorej o jej młodości i o odleglejszych wspomnieniach są ze sobą zgodne, z ostatnich natomiast czasów wielu rzeczy i zdarzeń chora nie pamięta, ich miejsce zaś wypełnia nieprawdziwemi wspomnieniami *(Pseudoreminiscenzen).* N. p. opowiada chora, że wczoraj wyjechała dla przyjemności do Meidling, tam załatwiła jakiś interes i t. d. Te wspomnienia wrzekome zmieniają się szybko i, o ile można sprawdzić, nie są całkowicie fantastyczne, lecz zawsze jest w nich jakiś podkład rzeczywistych wspomnień (Korsakow).

8 II. wieczór rozlany nieżyt oskrzelowy. Ciepłota 39°. 9 II. wieczór powstał nagle bezdech, obrzęk płuc, tętno małe, bardzo szybkie. 10 II. śmierć o godz. 6. rano.

Sekcya w 4 godziny po śmierci: *Oedema cerebri. Hypoplasia cerebri. Cor adiposum. Infiltratio apicis pulmonis dextri et lobi sup. sin. Cirrhosis hepatis. Tumor lienis. Adipositas mesenterii. Polyneuritis.*

### Badanie drobnowidowe.

Badałem nerwy: łokciowy, strzałkowy (w okolicy główki kości strzałkowej), strzałkowy powierzchowny i kulszowy. Sposoby badania te same, jak w poprzednich przypadkach. Pnie nerwowe kończyn dolnych były znów najsilniej zwyrodniałe. W n. strzałkowym powierzchownym nie ma prawie wcale utrzymanych włókien nerwowych. Na

przekrojach poprzecznych (Marchi) widać grudki istoty rdzennej tak gęsto koło siebie skupione, że zarysy włókien nerwowych prawie znikły. Na preparatach rozdrabnianych i barwionych kwasem osmowym widać zupełny rozpad istoty rdzennej w postaci kul mniejszych lub większych, obok siebie ułożonych. Odcinkowej (segmentär) postaci zapalenia nerwów, opisywanej przez Gombaulta, Dreschfelda, Giesego i Pagenstechera nigdzie nie znalazłem Na preparatach, barwionych karminem po kw. osmowym, widać dość gęsto próżne osłonki Schwana z wyraźnem pomnożeniem jąder.

Preparaty n. strzałkowego (*capit. fib*) przedstawiają obraz podobny, tylko zwyrodnienie nie dosięga tak wysokiego stopnia. W n. łokciowym zaledwie połowa włókien zmieniona, co widać na przekrojach podłużnych barwionych sposobem Marchiego.

Z odcinka n. kulszowego, długiego na 15 ctm., wyciętego od kolana ku górze, porównywałem przekroje podłużne i poprzeczne, barwione sposobem Marchiego z jednego i drugiego końca i przekonałem się, że zmiany w częściach obwodowych były znaczniejsze, niż w częściach dośrodkowych. Spostrzegł to w *Polyneur. alcoh.* pierwszy Leyden w r. 1880, a po nim Grainger-Stewart, C. F. Müller, Siemerling, Eisenlohr, Dejerine, Nonne, Francotte, Korsakow i Serbski, Rakhmaninoff, Colella, Eichhorst i Gudden.

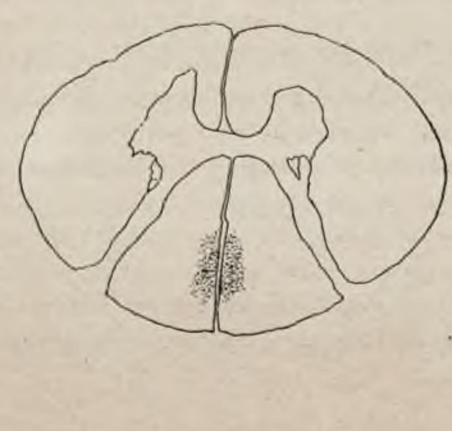
Korsakow i Serbski sądzą, że silniejsze zwyrodnienie ku obwodowi pochodzi stąd, że nerwy na obwodzie więcej stykają się z naczyniami chłonnemi, niż nerwy położone więcej ku środkowi. Inni zaś autorowie (Babiński, Erb, Remak) przychylają się do zdania wypowiedzianego najpierw przez Rumpfa, że: »eine Herabsetzung der vitalen Energie der trophischen Centren sich zuerst bemerklich macht an den entferntesten Punkten des von ihnen beherrschten Gebietes« (Erb).

W mózgu nie znalazłem żadnych zmian.

W rdzeniu przedłużonym znalazłem zmiany tylko w zakresie jąder sznurów Golla. Ponieważ jednak właśnie w tem miejscu był odcięty rdzeń pacierzowy od przedłużonego, mogłem tylko niewiele preparatów zrobić sposobem Marchiego; można jednak na nich zupełnie wyraźnie widzieć zwyrodnienie jąder sznurów Golla, chociaż mniejsze, niż w górnych odcinkach rdzenia szyjnego. W jądrze sznurów Burdacha dostrzedz można też odosobnione czarne kulki.

Rdzeń kręgowy. W rdzeniu, badanym sposobem Nissla, znalazłem zmiany w komórkach rogów przednich. Obraz podobny, jak w przypadku II., tylko jeszcze wybitniejszy.

Oprócz barwienia komórek sporządziłem preparaty prawie ze wszystkich odcinków rdzenia sposobem Marchiego, Weigert-Pala, van Giesona, barwione karminem (Csokora). W górnych odcinkach rdzenia szyjnego znajduje się ograniczone zwyrodnienie sznurów Golla. Na preparatach sporządzonych sposobem Weigert-Pala widać już gołem okiem wcale niezabarwione części tylnych sznurów, ułożone symetrycznie po obu stronach linii środkowej. Zaczynają się one mniej więcej w środku osi grzbietowobrzusznej sznurów tylnych i rozciągają się na ćwierć długości tej osi ku obwodowi, zaś na szerokość nie dochodzi to zwyrodnienie do granicy między sznurami Golla i Burdacha. Na preparatach, barwionych karminem, są te miejsca silniej zabarwione i odznaczają się szerokiemi oczkami glei (*Gliamaschen*). Najlepiej widać zwyrodnienie na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego Brunatne tło jest znacznie jaśniejsze. Włókien nerwowych prawie zupełnie nie widać, tu i ówdzie spotyka się tylko czarną, małą, okrągłą kulkę, oznaczającą zwyrodniałe włókno Bardzo dużo jest komórek, obładowanych ziarnkami tłuszczu. Wzdłuż naczyń i w linii środkowej są one tak liczne, że stanowią prawie nieprzerwane pasmo bryłek brunatnych, nie całkiem jednolitych.



W dolnym odcinku rdzenia szyjnego widać już przejście do zwyrodnień rdzenia piersiowego. W 6 i 7 odcinku rdzenia szyjnego są zwyrodnienia znacznie mniej ściśle ograniczone, niż w drugim lub trzecim.

W górnym i środkowym odcinku rdzenia piersiowego zmniejsza się nasilenie zwyrodnienia. Preparaty z barwionemi osłonkami nerwów nie okazują gołemu oku tak jasnych miejsc, barwione karminem nie przedstawiają tej różnicy w zabarwieniu. Najwyraźniej wykazują zmiany znów preparaty, sporządzone sposobem Marchiego. Tu widzimy, że zwyrodnienie jest słabsze, niż w rdzeniu szyjnym, nie jest tak ściśle ograniczone i rozszerza się klinowato tak, że ostry koniec klina dochodzi do tylnego spoidła, podstawa zaś dosięga aż obwodu sznurów tylnych. Tło nie jest tak jasne, spotykamy znacznie mniej komórek, obładowanych tłuszczem, leżą one więcej rozrzucone, a między niemi znajdują się i utrzymane włókna nerwowe obok mniej lub więcej zwyrodniałych.



Od 6 odcinka rdzenia piersiowego w dół zmienia się nagle obraz Zwyrodnienie zmniejsza się szybko tak, że w 8 i 9 odcinku tylko gdzieniegdzie napotyka się komórkę, obładowaną tłuszczem, i nieliczne zwyrodniałe włókna nerwowe, oczywiście tylko w zakresie opisanego klina.

W dolnej części rdzenia piersiowego widać także i w sznurach bocznych nieliczne czarne kulki, którym jednak trudno przypisać ważniejsze znaczenie. Tu też znika zwyrodnienie tylnych sznurów, gdyż ilość czarnych punktów w sznurach tylnych i bocznych jest prawie tasama.

Co do korzeni, to tylko w 4 i 5 odcinku rdzenia lędźwiowego na preparatach, sporządzonych sposobem Marchiego, widać czarne grudki, jakoteż tu i ówdzie w miejscu wejścia (Eintrittszone) korzeni do odcinków lędźwiowych. Preparaty, robione sposobem Weigert-Pala, nie wykazują nigdzie zmian w korzeniach.

Zmiany w sznurach tylnych wymagają, mojem zdaniem, bliższego omówienia. Zebrawszy rzecz krótko chodzi tu o ściśle ograniczone, dawne zwyrodnienie, które w górnych i środkowych odcinkach rdzenia szyjnego tylko bardzo nieznacznie zmienia swe położenie i nasilenie; w rdzeniu piersiowym jednak już się powoli rozszerza i zarazem słabnie, a w dolnych odcinkach piersiowych znika, nigdzie jednak nie przekracza, co do szerokości, granicy między częściami środkowemi, a bocznemi sznurów tylnych i nigdzie nie dochodzi do samego obwodu sznurów tylnych. Badanie drobnowidowe rdzenia szyjnego wykazuje niewątpliwie, że mamy tu do czynienia z ogniskiem.

Odrazu uderza, że zmiany te nie dadzą się wyjaśnić na podstawie naszych obecnych wiadomości o przebiegu włókien nerwowych w sznurach tylnych. Nim jednak przystąpię do tłómaczenia, mojem zdaniem jedynie prawdopodobnego, pragnę naprzód przejść inne możliwości powstania tego zwyrodnienia.

Najprostszem byłoby przypuszczenie, że to zwyrodnienie tylnych sznurów jest drugorzędnem i wychodzi z tylnych korzeni; jednak dokładne zbadanie tylnych korzeni dało wynik prawie ujemny. Nieznacznych zmian tylnych korzeni w 4 i 5 odcinku lędźwiowym już dla tego nie można wiązać ze zmianami w rdzeniu, (pomijając już nawet to, że są nie-

znaczne i że takie zmiany zdarzają się nawet w rdzeniach prawidłowych [Singer i Münzer, Brauer, Zappert]) ponieważ w odcinku lędźwiowym rdzenia, wyżej leżącym, nie znajdujemy czarnych ziarn, prócz niewielu, rozrzuconych w sznurach bocznych.

Może jednak zmiany w tylnych korzeniach nie są przystępne naszym oczom? Sprawa chorobowa datuje się na pewno oddawna, a ponieważ komórki, obładowane tłuszczem t. j. te, które przy tem barwieniu musiałyby być widoczne, spotykamy tylko rzadko w korzeniach, to byłoby możliwe, że sposób Marchiego dla tego zwyrodnienia jest już nieodpowiedni, a i sposób Weigert-Pala nie jest, jak wiemy, dla włókien korzeniowych zupełnie pewny. O ile ta okoliczność nie przeszkadzałaby jeszcze w zupełności tłómaczeniu, że w danym razie wyszło zwyrodnienie drugorzędne z korzeni tylnych, o tyle inne następne nie dadzą zbić się tak łatwo.

Zwraca naszą uwagę to, że usadowienie zwyrodnienia w rdzeniu szyjnym nie odpowiada początkowi zmian w dolnych odcinkach piersiowych. Zmiany w dolnych odcinkach piersiowych sadowią się w częściach sznurów tylnych, położonych koło linii środkowej, a wiadomo, że włókna nerwowe, wchodzące z korzeni tylnych odcinków wyżej położonych, odsuwają ku środkowi włókna, wchodzące z korzeni tylnych niżej leżących odcinków; według tych danych musiałyby więc zwyrodniałe włókna, leżące w rdzeniu szyjnym koło linii środkowej, znajdować się oczywiście w rdzeniu piersiowym bliżej obwodu, jeżeli stamtąd mają pochodzić; a właśnie w naszym przypadku jest inaczej.

Istnieją wprawdzie najprawdopodobniej również włókna, wchodzące z korzeni tylnych wprost do części środkowych sznurów tylnych, trudno jednak przypuścić, żeby ich było tak dużo, a powtóre, żeby tylko właśnie one uległy zwyrodnieniu. Główną jednak przyczyną, dla której mam prawo przypuszczać, że to zwyrodnienie nie jest drugorzędnem, wychodzącem z korzeni, jest obraz w górnych częściach rdzenia szyjnego. Tu bez wątpienia mamy do czynienia ze sprawą ogniskową; przemawia za tem ostre odgraniczenie, prawie zupełny zanik włókien nerwowych i znaczne nagromadzenie komórek, obładowanych tłuszczem, jakoteż szerokie oczka glei *(Gliamaschen)*. Zmienione części rdzenia piersiowego [4 i 5. odcinek], które są znacznie mniej wybitne i nie tak ograniczone, — zawierają znacznie mniej komórek, obładowanych tłuszczem, więcej zwyrodniałych włókien, a między niemi i zupełnie utrzymane włókna; zmiany te sprawiają wrażenie zmian następowych, zmniejszających się w miarę oddalenia od ogniska. Nadto dodać trzeba, że ciągłość zmian w rdzeniu szyjnym i piersiowym jest niewątpliwa, gdyż badałem wszystkie odcinki.

Wobec takich wyników badań drobnowidowych nasunąć się musi koniecznie myśl, że w tym przypadku mamy do czynienia ze zwyrodnieniem w sznurach tylnych, pochodzącem od sprawy ogniskowej. Byłoby to zatem zwyrodnienie zstępujące włókien nerwowych, nie odpowiadające jednak ani polu przecinkowatemu Schultzego, (*Schultzesches Comma*), ani pęczkowi włókien grzbietno-środkowemu (dorso-medial).

W piśmiennictwie znaleźliśmy kilka wyników badań, (Vierordt, Daxenberger, Zappert, Hochę, Kahler i Pick), które są mniej lub więcej podobne do naszego przypadku; dlatego też omówimy je nieco dokładniej.

Spostrzeżenia Hochego nie można brać w rachubę, gdyż nieznaczne zwyrodnienie zstępujące, które znalazł on na wysokości 7mego odcinka rdzenia piersiowego, po obu stronach tylnej przegrody, zajmowało niewielką przestrzeń, sięgało tylko do odcinka niżej położonego.

Podobnie daleko, jak w przypadku Hochego, bo 2—3 ctm. poniżej miejsca ugniecionego sięgające zmiany, opisują Kahler i Pick. Spostrzeżenie to jednak traci dla nas wartość wskutek tego, że 1 ctm. poniżej znajdowało się ognisko w tylnej połowie przedniej trzeciej części jednego ze sznurów tylnych, które sięgało aż do tylnej przegrody. Podobne spostrzeżenie opisuje także Flechsig. Te jednak przypadki, w których według zdania samych autorów chodzi o zwyrodnienia „dróg krótkich“ (*kurze Bahnen*), możemy właśnie dlatego już zupełnie pominąć.

Dejerine i Theoari podają w niedawno ogłoszonej pracy, w której zebrali prawie wszystkie dawniej ogłoszone spostrzeżenia zwyrodnień zstępujących w sznurach tylnych, że prawie stale, choć na małej przestrzeni, spotyka się po uszkodzeniach, zajmujących cały przekrój rdzenia szyjnego, włókna sznurów tylnych zstępująco wyrodniejące: „Un petit champ dégénéré antérieur, de chaque côté du septum postérieur; cette zone dégénérée disparait au niveau de la partie inférieure au segment medullaire sous-jacent à la lésion“.

Spostrzeżenie Zapperta już prędzej możemy zużytkować do porównania z naszym przypadkiem. Spostrzegał on mianowicie w rdzeniu, który był uciśnięty w okolicy 2go kręgu piersiowego, wyraźnie zwyrodniałe pole Schultzego wzdłuż całego rdzenia piersiowego, a nadto tu i ówdzie rozrzucone czarne ziarna, między któremi jedna gromada, mianowicie położona dośrodkowo i brzusznie, ostrzej odbijała i była jeszcze widoczną, choć w małym stopniu, na wysokości 2go kręgu lędźwiowego, gdzie dopiero po raz pierwszy można było dostrzedz znany pęczek grzbietnośrodkowy.

W przypadku Daxenbergera istniał również ucisk na rdzeń między ostatnim kręgiem szyjnym, a pierwszym piersiowym, i następne zwyrodnienie zstępujące w zakresie sznurów Golla po obu stronach tylnego wcięcia, w kształcie małych podłużno-owalnych pól. Zmiany przechodzą ku tylnemu brzegowi w lekkie, a rozlane zwyrodnienie, dochodzące aż do rdzenia lędźwiowego, a ku dołowi zmniejszające się szybko w dolnych odcinkach rdzenia piersiowego.

Zwyrodnienia, opisane przez tych autorów, możemy oczywiście porównać tylko ze zmianami rdzenia piersiowego w naszym przypadku, i nie można zaprzeczyć pewnego podobieństwa w tym właśnie odcinku rdzenia, szczególniej w przypadku Daxenbergera, który co do nasilenia najbardziej zbliża się do naszego.

W przypadku Vierordta znajdowały się w rdzeniu pijaka bardzo wybitne zmiany sznurów tylnych i to najwybitniejsze w rdzeniu szyjnym, dotyczące tu prawie wyłącznie sznurów Golla, w rdzeniu zaś piersiowym, a szczególniej w dolnych odcinkach, zmiany te szybko się zmniejszały i zarazem posuwały się na zewnątrz. Na granicy między rdzeniem piersiowym, a lędźwiowym pozostało tylko rozlane przebarwienie (preparaty barwione karminem) środkowej części tylnych sznurów. Zwyrodnienie tylnych korzeni było bardzo nieznaczne w środkowym i dolnym odcinku rdzenia piersio-

wego, a nie było go prawie wcale w rdzeniu lędźwiowym. Obwodowe nerwy prawidłowe. Vierordt przypuszczał tu pierwotne częściowe zwyrodnienie długich dróg dośrodkowych, zaczynające się tuż poniżej jądra sznurów Golla i dążące powoli ku korzeniom. Vierordt uważał to swoje przypuszczenie za najprawdopodobniejsze na tej podstawie, że wykluczył zwyrodnienie drugorzędne, wychodzące od korzeni, a mianowicie dlatego, iż nigdzie nie znalazł zmian w korzeniach, prócz wyraźnych, lecz nieznacznych w dolnym odcinku rdzenia piersiowego, dalej, iż schorzenie tylnych korzeni było znacznie mniejsze, niż zmiany sznurów tylnych, a w końcu, iż w rdzeniu szyjnym uległy schorzeniu właśnie tylne, wewnętrzne odcinki sznurów Golla, t. j. drogi, pochodzące z rdzenia lędźwiowego, a względnie z tylnych korzeni, które właśnie były prawie niezmienione. Vierordt sam podnosi, że o zwyrodnieniu korzeni tylnych o tyle tylko może mówić, o ile niedostateczne sposoby badania pozwalają wogóle na wysnucie jakichś wniosków.

Opisałem przypadek Vierordta dokładniej, ponieważ jest bardzo podobny do mego, szczególniej na preparatach, sporządzonych sposobem Weigert-Pala. Sposób Marchiego, który prawdopodobnie jest najodpowiedniejszy do wykazania różnicy między starem zwyrodnieniem, a ogniskiem, nie był jeszcze wtedy znany, kiedy Vierordt badał swój przypadek. Możnaby więc myśleć, — co się tyczy sprawy chorobowej, -- o analogii obu przypadków. Jednakże Redlich, który nie był przekonany wywodami Vierordta i uważał ten przypadek za zwyrodnienie, wychodzące z tylnych korzeni, podnosi ze spostrzeżeń Vierordta to, że pas zwyrodnienia w dolnym odcinku piersiowym posunął się razem ze zmniejszaniem się nasilenia zmian ku obwodowi, a więc ku pasowi, właściwemu włóknom korzeniowym. W naszym przypadku rzecz ma się inaczej, gdyż zwyrodnienie nie opuszcza nigdzie pasu środkowego, korzenie są prawie niezmienione, a jednak i my przyznajemy z góry, że dowody, które Vierordt przytacza na poparcie swego przypuszczenia, nie są dostateczne.

Natomiast w naszym przypadku możemy znacznie prędzej przyjąć zwyrodnienie zstępujące, ponieważ drobnowidowy obraz w górnych odcinkach szyjnych odpowiada obrazowi ogniska, dalej ponieważ korzenie i pasy korzeniowe były prawie zupełnie niezmienione, zwyrodnienie nigdzie nie opuściło środkowej części tylnych sznurów i w rdzeniu szyjnym uległy zmianom chorobowym części sznurów Golla, leżące tuż przy przegrodzie, a więc włókna, które powinny pochodzić z najniższych odcinków rdzenia kręgowego. (d. k. nast.)

## III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

# O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

**Dr. Stanisław Dobrowolski**, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.)

(Dokończenie).

Przejdę obecnie do leczenia obrażeń szyjki. Leczenie to, jak leczenie każdej rany krwawiącej, może być tylko dwojakie: albo polegać będzie na zeszyciu, albo też na tamponadzie. Sposób pierwszy, to jest zeszycie, ma bez porównania znaczniejszą wyższość nad sposobem drugim. Przy pęknięciu szyjki mamy do czynienia z raną świeżo powstałą, z reguły czystą, wskazanie przeto chirurgiczne nakazuje taką ranę zeszyć. Zeszycie ma także tę wyższość, że skoro ranę zespoję, a jeżeli zachodzi tego potrzeba, podwiążę strzykające gałązki naczyń, to jestem zupełnie spokojny i nie mam powodu obawiać się następowych krwawień. Rana zeszyta jest odporniejsza na zakażenie następowe, o które przecież nawet w prawidłowym połogu tak łatwo. Odpowiednio zeszyte pęknięcie szyjki zwykle się przygaja doraźnie, co strzeże kobietę od następstw, jakie pęknięcia szyjki zwykły za sobą pociągać, a mianowicie od nieżytów szyjki, wywinięć, nadżerek i nawykowych poronień.

Jakich takie zeszycie szyjki wymaga zabiegów pod względem technicznym?

Otóż może ono być łatwe, albo też bardzo trudne. Jeżeli jest pęknięcie szyjki płytkie, nie przekraczające sklepień, to po odsłonięciu pęknięcia we wzierniku łyżkowym, schwyceniu rany kleszczykami i ściągnięciu szyjki ku dołowi, zeszycie nie natrafi na żadne trudności.

Inna rzecz, gdy pęknięcie przechodzi powyżej sklepień. Takie przedarcie mimo trudności, należy tem bardziej zeszyć, gdyż przy takich wysokich pęknięciach tem grubsze gałązki tętnicy macicznej ulegają zniszczeniu. Naczynia te należy pojedyńczo pochwytać i albo podwiązać, albo okłuć. Przy tych wysokich pęknięciach krew wypływa nie tylko na zewnątrz, ale przechodzi również w tkanki omaciczne i daje powód do powstania krwiaków międzyblaszkowych, których zejście w ropienie wcale nie może należeć do rzadkości; ropienie zaś takie łatwo sprowadzić może ogólne zakażenie. Zdaniem naszem każde pęknięcie szyjki należy zeszyć. W klinice do szycia szyjki używamy szwów węzełkowych katgutowych. Do odsłaniania pęknięć szyi używamy szerokich wzierników Simona, ściągamy zwykłemi kleszczykami Museuxa; ściągnięcie takie szyi u położnicy zwykle nie natrafia na żadne trudności, bez wszelkiego wysiłku ujście zewnętrzne daje się sprowadzić w poziom wejścia do pochwy. Chora przy ściąganiu nie odczuwa żadnych dolegliwości, zwłaszcza, że cały ten zabieg przeprowadza się bezpośrednio po tak silnym urazie, jakim jest poród. Czasami przy licznych pęknięciach szyi trudno rozpoznać, które odcinki do siebie należą, zanim jednak przystąpi się do zeszycia, musimy się dokładnie w tem rozeznać, gdyż fałszywie przygojone odcinki mogą mieć bardzo przykre następstwa i zniewalać do następowych operacyi.

Motywa, które podniosłem, jakie nakazują pęknięcie szyjki zeszyć, dają do tego zabiegu wskazanie nie tylko tam, gdzie wskutek pęknięcia szyi istnieje znaczniejszy krwotok ale wszędzie tam, gdzie pęknięcie szyi domyślnie powstać mogło i każde pęknięcie należy zawsze zeszyć. Techniki specyalnej do tego zabiegu nie potrzeba, asysta ogranicza się tylko do jednej osoby, a zakażenia można się z pewnością przy zwykłej antyseptyce łatwiej ustrzedz, aniżeli przy tamponadzie. W klinice krakowskiej od dwóch lat w każdym przypadku, gdzie pęknięcie przypuszczamy, szukamy za niem i zawsze zeszywamy; zeszycia te prawie zawsze się goją przez rychłozrost i to przeważnie wzdłuż przebiegu całej

rany, a przez takie postępowanie nigdy żadnej położnicy szkody nie przynieśliśmy. Żywo mam w pamięci dwa przypadki z ostatnich tygodni; jeden dotyczył wieloródki z miednicą płaską drugiego stopnia (l. p. k. 46 z r. 1899), położenie płodu u niej było miednicowe, poród postępował prawidłowo. Działanie moje w tym przypadku ograniczyło się do pomocy ręcznej. Skoro przystąpiłem do wytoczenia główki, ściągnąłem wraz z nią na niej obkurczoną szyjkę; kurcz szyi nie był zbyt silny tak, że główkę bez użycia większej siły wytoczyłem na zewnątrz, przyczem widziałem, jak w mych oczach powstały naddarcia szyi. Mimo to, że bezpośrednio po porodzie krwawienia nie było, pęknięcie szyi zeszyłem, połóg był prawidłowy, a zeszyte pęknięcia zgoiły się doraźnie. Drugi przypadek również dotyczy wieloródki (l. p. k. 63 z r. 1899), u której z powodu położenia poprzecznego zaniedbanego przy dziecku nieżywem dokonałem rozkawałkowania płodu, poczem płód wytoczyłem, naśladując dobrowolny obrót. Spodziewałem się, że przy wytoczeniu płodu szyjka musiała pęknąć, co też rzeczywiście po jednej stronie miało miejsce. Pęknięcie zeszyte przebiegało bez odczynu w połogu i przygoiło się również doraźnie.

Odpowiem jeszcze na jedno pytanie, czy lekarz w praktyce prywatnej, gdzie jest sam jeden, powinien pęknięcia szyjki zeszywać, czy też może ograniczyć się tylko do tamponady. Sądzę, że zrobi dobrze, jeżeli wytamponuje, postąpi jednak tysiąc razy lepiej, jeżeli zeszyje. Zeszycie, jak wspomniałem, nie nastręcza zbyt wielkich trudności technicznych, a przy asyście jednej osoby, któraby potrafiła przytrzymać wziernik, a potem ściągniętą część pochwową, można doskonale zeszycia dokonać.

Statystykę leczenia pęknięć szyi w klinice wykaże tablica XI.

*Tablica XI.*

| Rok | Zeszycie | Tamponada |
|---|---|---|
| 1892/4 | 2 | 2 |
| 1894/5 | 4 | 1 |
| 1895/6 | 2 | 4 |
| 1896/7 | 4 | 3 |
| 1897/8 | 3 | — |
| 1898/9 | 19 | 3 |
| 1899 | 3 | — |

Jak z zestawienia powyższego wynika, tamponady użyto przy pęknięciach szyjki 13 razy, z tego 4 razy po poprzedniem zeszyciu szyi, 4 razy w takich przypadkach, gdzie prócz pęknięcia szyi istniał jeszcze znaczny krwotok atoniczny. Od roku szkolnego 1897/8 wszystkie pęknięcia szyi były zeszywane.

Leczenie pęknięć pochwy jest również bardzo proste; albo się je zeszywa, co jest postępowaniem najlepszem tak dla powstrzymania krwotoku, jak i dla uniknienia następowych owrzodzeń połogowych, albo też tamponuje się pochwę, co znowu ma wielką zaletę w tych przypadkach, gdzie wskutek pęknięcia pochwy powstał krwiak pochwy. W tych ostatnich przypadkach odnalezienie przedartych naczyń i okłócie ich należy do rzeczy wprost niemożliwych. Postępowanie przy pęknięciach pochwy w klinice wykaże zestawienie XII.

*Tablica XII.*

| Rok | Zeszycie | Tamponada | Krwiak |
|---|---|---|---|
| 1893/4 | 2 | 2 | — |
| 1894/5 | 4 | 1 | — |
| 1895/6 | 10 | 3 | 1 |
| 1896/7 | 11 | 2 | — |
| 1897/8 | 5 | 1 | 1 |
| 1898/9 | 6 | — | — |
| 1899 | 1 | — | — |

Jak zestawienie powyższe wykazuje, pęknięcia pochwy zeszywano prawie we wszystkich przypadkach, w niektórych po zeszyciu tamponowano. Na wyłącznej tamponadzie poprzestano tylko w dwóch przypadkach, gdzie się wytworzył krwiak pochwy.

Wszelkie przedarcia żylaków, przedarcie w przedsionku, w okolicy cewki i łechtaczki, jako obrażenia silnie krwawiące, należy najlepiej okłuć, a wyjątkowo tylko, gdy krwawienie nie jest zbyt obfite lub gdy tkanki są tak kruche, że okłucie jest bardzo trudne, można poprzestać na tamponadzie, przytrzymanej za pomocą opaski w kształcie litery T. Postępowanie w klinice wskaże zestawienie XIII.

*Tablica XIII.*

| Rok | Zeszycie | Tamponada |
|---|---|---|
| 1893/4 | 1 | — |
| 1894/5 | 4 | 1 |
| 1895/6 | 5 | 3 |
| 1896/7 | 7 | — |
| 1897/8 | 2 | — |
| 1898/9 | 3 | — |

W końcu odpowiem jeszcze na jedno pytanie, czy chora z krwotoku bezpośrednio po porodzie lub w trzecim okresie porodu może umrzeć? Rzeczywiście chora może zginąć, ale tylko wyjątkowo i to czasami z winy nieodpowiedniego postępowania wobec ostrej niedokrewności.

Chore, silnie skrwawione, potrzebują dla podtrzymania akcyi serca dopływu znacznej ilości płynu, ale chore takie płynów żadnych drogą naturalną przyjmować nie są zdolne, gdyż czynność ich żołądka jest zupełnie zniesiona. Niedokrewność sama przez się usposabia do ciągłych nudności i wymiotów. Jeżeli podczas nudności spostrzegamy dokładnie tętno chorej silnie niedokrewnej, to spostrzeżemy, że tętno to przy każdem pobudzeniu do wymiotów coraz bardzej staje się nikłem, szybkiem i drobnem, a czasami znika zupełnie i chora wśród wymiotów ginie.

Aby przeto uniknąć wymiotów przy ostrej niedokrewności, nie należy podawać takim chorym niczego przez usta, a braki w ustroju można doskonale uzupełniać innemi drogami.

Wybornie działa u takich chorych podawanie soli kuchennej w rozczynie fizyologicznym (0·6%), czy to przez odbytnicę w lewatywie, czy też podskórnie *(hypodermoclysis)* w stanach zaś bardzo groźnej niedokrewności trzeba się uciec do obfitych wlewań *(infusio)* wprost do żył.

Powiedziałem, że śmierć z niedokrewności przy porodzie należy do wyjątków; potwierdza to najlepiej doświadczenie

kliniczne. W ciągu ostatnich lat sześciu zmarły z krwotoku porodowego trzy chore; dwie z nich były dotknięte skazą ogólną, bo jedna (l. p. k. 53 z r. 1893/4) była dotknięta ostrym zanikiem wątroby, druga (l. p. k. 86/184 z r. 1896) była otrutą fosforem, trzecia zaś przebyła poród przy łożysku przodującem (l. p. k. 126/31 z r. 1896),—umarła ona w 4 godziny po porodzie z powodu bardzo nieznacznego krwotoku atonicznego.

Powyższe przypadki dowodzą, że trzeba już albo jakiejś skazy ogólnej ustroju, albo tak znacznego wyniszczenia długotrwałemi krwawieniami, jak się to zdarza po ciąży i porodzie przy łożysku przodującem, by śmierć z krwotoku porodowego nastąpiła.

Zestawiając powyższe uwagi, zaznaczam raz jeszcze, że skoro lekarz znajdzie się wobec krwotoku w okresie trzecim, to przedewszystkiem powinien rozstrzygnąć, jaki jest krwotok, czy ciągły, czy też okresowy, zbadać zachowanie się sromu przez rozchylenie warg, a stan macicy przez zbadanie jej ręką zewnątrz. Gdy znajdzie macicę dobrze skurczoną, a krwotok o charakterze krwotoku tętniczego ciągłego, to wykluczyć może krwotok z macicy, a gdy jeszcze jest mu znane zachowanie się sromu, to pozostaną mu tylko do odszukania dwa możliwe źródła krwotoku; to będą szyjka i pochwa. Miejsce krwawiące wykaże mu w takim przypadku założony wziernik. Wszelkie obrażenia sromu i pochwy można zeszyć zaraz, obrażenia zaś szyi najlepiej zeszywać dopiero po usunięciu łożyska. Ta sama droga badania doprowadzi również prędko do odszukania miejsca krwawiącego przy krwotokach po odejściu łożyska.

Jeżeliby lekarz, mając ręce obmyte, niechciał dla badania zewnętrznego macicy rąk walać, lub też gdyby warunki badania stanu macicy przez powłoki brzuszne były bardzo trudne, to mógłby miejsce krwawiące odszukać za pomocą wprowadzenia do dróg rodnych wygotowanej kanki. Przez kankę wypływająca krew z rozmaitych kolejno badanych odcinków przewodu rodnego wskazałaby mu miejsce, gdzie jest źródło krwotoku.

W końcu niniejszej pracy składam głębokie podziękowanie Prof. Jordanowi za łaskawe poddanie mi myśli omówienia powyższego tematu i za cenne uwagi, jakich mi w tym kierunku udzielić raczył.

## IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

### Przyczynek do leczenia raków skórnych.

Podał
dr. Józef Bednarski
lekarz okręgowy w Alwerni.

Zalecanie w ostatnich czasach jako środka swoistego przeciw rakom skórnym kwasu arsenawego — skłoniło mnie w przypadku, który poniżej przytaczam, do użycia tego środka.

Dnia 22 marca 1899 zostałem wezwany do P. P. z Babic. Staruszek 76 letni skarżył się, że już przed ośmiu miesiącami wytworzyła mu się mała krostka na nosie, którą on kilkakrotnie zdrapywał, ale ponieważ zagoić mu się nie chciała, przeto udał się do lekarza, który mu zapisał wodę borową i jakąś maść. Leczenie to jednak nie doprowadziło do pożądanego skutku i obecnie ta ranka tak mu dokucza, że pragnąłby się jej koniecznie pozbyć.

Przy badaniu stwierdziłem: osobnik wzrostu małego, budowy dosyć dobrej, o odżywieniu średniem; w narządach wewnętrznych prócz lekkiej rozedmy płuc i miażdżycy naczyń nie znalazłem zmian. Na grzbiecie nosa w części chrząstkowej, w linii środkowej, owrzodzenie wielkości ½ centa, pokryte strupem barwy brunatnej o brzegach wywiniętych, nierównych. — Gruczoły szyjne, podszczękowe — niepowiększone. — 25 marca 1899 usunąłem strup; na dnie wrzodu spostrzegłem małe ogniska żółtawe, wyskrobałem je łyżeczką ostrą i założyłem opatrunek jodoformowy, który w dniu 31 marca zmieniłem. 4 kwietnia zastósowałem pędzlowanie codziennie: *Acid. arsenicos.* 1.0 *Spir. vini rect. Aq. destil. aa* 75.0. Pod wpływem tego pędzlowania owrzodzenie doszło do wielkości korony — tworzyły się strupy, które łatwo odchodziły, ale dno nie było jeszcze zupełnie czyste. W dniu 9 czerwca t. r. wyskrobałem resztki podejrzane w dnie wrzodu i poleciłem pędzlowanie codziennie: *Ac. arsenic.* 1.0 *Spir. vini rect. Aq. destillat. aa* 50 0 — 15 sierpnia t. r. dno rany było czyste, wytworzył się jednak naokoło rany wyprysk; zaprzestałem pędzlowania — poleciłem zasypywanie dermatolem, a po zniknięciu wyprysku użyłem do pędzlowania formaliny. W dniu 5 września t. r. dno rany było zupełnie czyste, pokryte ziarniną; — zastósowałem maść lapisową z balsamem peruwiańskim i 28 września t. r. miejsce owrzodzenia pokryte już było blizną różową. Wśród leczenia widział chorego doc. dr. Bossowski, który mię do prowadzenia dalej leczenia w tym kierunku zachęcił. —

Obecnie chory ma się zupełnie dobrze; — w miejscu dawnego wrzodu zaledwie dostrzedz można małą, nieco wklęsłą bliznę, barwy skóry, — nos kształtu nie zmienił. —

Podając powyższy przypadek, pragnąłem tylko zachęcić kolegów do stosowania kwasu arsenawego w rakach skórnych, wymagającego wprawdzie dłuższego czasu do wyleczenia, ale nie zasługującego na odrzucenie, zwłaszcza jeżeli chodzi o względy kosmetyczne, lub chory nie zgadza się w żaden sposób na operacyę zapomocą noża. W każdym razie rzecz zdaje mi się być godną dokładniejszego zbadania w celu stwierdzenia, czy wyleczenie w tych razach jest rzeczywiście doszczętne i czy nie dałoby się skrócić czasu leczenia; zwłaszcza koledzy, którzy rozporządzają nieco obfitszym materyałem, mogliby nam pod tym względem swych wyników udzielić.

## V. Wyciągi.

v. Wagner. **Wyniki badania ciśnienia krwi u umysłowo chorych.** (*Wien. klin. Woch.* 1900, Nr. 12). Dr. Pilcz przy pomocy tonometru Gärtnera na podstawie 900 pomiarów ciśnienia krwi na 240 chorych przyszedł do przekonania (biorąc według Gärtnera jako prawidł. ciśń. 105 — 130 mm Hg), że u paralityków w miarę postępu choroby ciśnienie coraz niżej spada, a gdy spadnie do 50—80 mm. tworzą się zwyczajnie odleżyny; jeżeli jednak ciśnienie wzrośnie znowu, to mimo iż chory sprawia wrażenie konającego, można spodziewać się, że na jakiś czas znowu się stan nieco polepszy. W zadumie w postaciach depresyjnych wynosi ciśnienie najwyżej 140 mm., w postaciach z napadami trwogi tyleż, jeżeli niema napadu lub zapobieżono mu zapomocą makowca, wzrasta jednak do 170—200 mm. Hg., gdy napad nadchodzi. W padaczce przy przejściu drgawek tonicznych w kloniczne wzrasta ciśnienie do 150—200, w śpiączce ponapadowej spada na 70 — 80, poczem wraca do stanu prawidłowego; to byłoby ważne ze względu na rozpoznanie symulacyi, ale trudność nadzwyczajna zastosowania przyrządu u rzucającego się silnie chorego nie rokuje wiele pożytku. Podczas snu w 2 godziny po zaśnięciu spadek = 20—35 mm. Hg. Co do innych chorób na podstawie dotychczasowych doświadczeń trudno czynić wnioski. *Dr. Adam Schmidt.*

M. Michaelis. **O rozpoznawczem i prognostycznem znaczeniu diazoreakcyi w gruźlicy.** (*Berl. kl. Wochenschft.* Nr. 13, 1900). Znaną jest rzeczą, że pojawienie się diazoreakcyi w moczu gruźliczych czyni rokowanie niekorzystnem; ponieważ jednak diazoreakcya występuje tylko w chorobach zakaźnych, staje się poniekąd środkiem rozpoznawczym w przypadkach mniej jasnych (*cirrhosis hepatis* czy *peritonitis tuberculosa?*)

*Dr. St. B. Kwiatkowski.*

L. Brieger. **O rozpoznawczem i leczniczem znaczeniu prątków gruźliczych i innych drobnoustrojów w plwocinie.** (*Berl. kl. Wochft.* Nr. 13, 1900). O ile tuberkulina ma wielkie znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy, o tyle ważnem jest badanie bakteryologiczne w późniejszych okresach i to głównie ze względu na zakażenie mięszane, na które wogóle za mało zwraca się uwagi. Czysta sprawa gruźlicza przebiega z zasady bez podniesienia ciepłoty, zwykle zaś towarzysząca jej gorączka hektyczna, dreszcze, nocne poty, to wynik mięszanego zakażenia, przedewszystkiem gronkowcami, które ten stan przewlekłej ropnicy powodują. Zakażenia te mięszane przyspieszają rozwój sprawy gruźliczej i roz-

pad tkanki płucnej, to też o nich pamiętać przedewszystkiem musimy w leczeniu, to starając się do nich niedopuścić, to dążąc do ich usunięcia. Następujące często po krwotokach płucnych ogniskowe, aspiracyjne zapalenia zawdzięczają swój rozwój gronkowcom. Nacieki zapalne, wywołane przez prątek grypy, łatwo serowacieją i naodwrót prątki grypy przyspieszają rozwój dawniejszych zmian gruźliczych i rozpad, podobnie, jak rzadziej spotykany prątek ropy błękitnej. *B. tetragenus* w plwocinie zaciemnia bardzo rokowanie. Utrzymywanie w czystości ust, wziewania, świeże powietrze, forsowne odżywianie, hydroterapia, a wreszcie odpowiednie odosobnianie chorych, leczą i zapobiegają zakażeniu mięszanemu.

*Dr. St. B. Kwiatkowski.*

C. L. Schleich; **Znieczulanie miejscowe i narkoza.** (*Berl. klin. Woch.* Nr. 13, 1900). Praca niniejsza, zasługująca z tego względu na uwagę, że autorem jej jest twórca najdzielniejszego sposobu znieczulania miejscowego, zawiera krótkie, treściwe zestawienie dotyczących zapatrywań autora, przeważnie pomieszczonych już w innych jego pracach. Sposoby znieczulania miejscowego zmniejszyły bezsprzecznie zakres stosowania narkozy. Najwybitniejszym z tych sposobów jest znieczulanie zapomocą nacieczenia (infiltracyi). Twierdzenie, że sposób ten nadaje się jedynie do znieczulania w zabiegach mniejszych, nie może, zdaniem S., zmniejszyć jego znaczenia ze względu na to, że właśnie w 75% przyp. śmierci w narkozie nastąpiło to przy „najdrobniejszych" zabiegach. Zresztą nawet przy zabiegach poważnych stosowano sposób Schleicha z zupełnie zadowalniającym skutkiem. W tym względzie powołuje się autor na doświadczenie Kadera, Mikulicza i innych chirurgów. Jedną z dalszych korzyści sposobu tego jest to, że z chwilą rozpowszechnienia się jego, chorzy mniej się będą obawiali operacyi, przypadki więc chorobowe w znacznie wcześniejszych, niż dotychczas, okresach dostawać się będą do rąk chirurga. Podany przez Obersta sposób znieczulania okolicznego jest w zasadzie tylko odmianą sposobu infiltracyjnego. — Mimo niezaprzeczonych zalet tych sposobów pozostaje pewna ilość przypadków, w których chirurg zmuszonym jest zastosować znieczulanie ogólne. Zdaniem autora wskazanie do narkozy występuje dopiero z chwilą, gdy zastosowane znieczulenie miejscowe zawodzi. Niebezpieczeństwo narkozy znacznie się zmniejsza, jeżeli punkt wrzenia użytej mięszanki eterowej jest blizkim ciepłoty, jaką posiada w danej chwili chory, mający być uśpionym. Jako mięszankę poleca autor:

| | *38°* | *40°* | *42°* |
|---|---|---|---|
| *Aethylchlorid* | *2* | *1·5* | *0·5* |
| *Chloroform* | *4* | *4* | *4* |
| *Aether sulfur.* | *12* | *12* | *12.* |

Używanie podanej przez siebie maski uważa S. za prawie niezbędne. Wśród 5 tysięcy narkoz, które wogóle przebiegały bez żadnych niebezpiecznych zaburzeń, nie spostrzegał autor ani jednego przypadku śmierci.

*Urbanik.*

H. Riese: **Wyjęcie główki kości udowej z powodu zastarzałego śródtorebkowego złamania szyjki.** (*Deut. medic. Woch.* Nr. 15, 1900). Rokowanie w przypadkach śródtorebkowych złamań szyjki kości, (*fractura femoris subcapitalis*, Kocher), gdzie odłamki kostne ustawione są wolno, nie jest wogóle pomyślne. Jakkolwiek na podstawie badań Senna nie należy przeczyć możliwości wytworzenia się zrostu kostnego, to jednakowoż wyniku podobnego spodziewać się można jedynie w razie wklinowania odłamków. Wklinowanie odłamków jest przy tego rodzaju złamaniach stosunkowo bardzo rzadkiem. Obok tego może nastąpić wyleczenie tych złamań przy zupełnym zaniku główki lub zrośnięciu się jej z panewką, jak to wynika z spostrzeżeń Kochera i Mermeta. Ponieważ podobne zejście nastąpić może jedynie po długim przeciągu czasu, przeto należy zdaniem autora z chwilą rozpoznania wolnego śródtorebkowego złamania szyjki (zwłaszcza, jeżeli stosowane poprzednio mięsienie żadnego nie odniosło skutku) przystąpić bezwarunkowo do zabiegu operacyjnego. Przeczekać należy jedynie wessanie się krwi wynaczynionej przy samem złamaniu. Langenbeck polecał zespojenie odłamków zapomocą śrub stalowych, a Loreta, Dollinger i inni zastosowali szwy kostne. Zdaniem R. istniało w przypadkach tych, w których zabiegi powyższe pomyślny odniosły skutek, zapewne równoczesne złamanie śród- i pozatorebkowe. Przy czystem złamaniu podgłówkowem sposoby te zawodzą. Dotyczy to w szczególności złamań u chorych w podeszłym wieku, w którym, jak to wykazali Langer i Senn, naczynia w *ligament. teres* zarastają. Skoro więc główka oddzieloną zostaje od szyjki w miejscu, z którego torebka z naczyniami na nią już nie przechodzi, ustaje zupełnie jej odżywianie. W tych przypadkach wskazanem więc jest usunięcie główki. Zabieg ten daje wcale dobre wyniki co do czynności, jak o tem świadczą przypadki Kochera, Koeniga i przypadek autora, szczegółowo opisany w niniejszej pracy. Oczywiście, że przy operacyi tej należy się starać, o ile to możliwe, o oszczędzanie mięśni i części składowych stawu. Zwykle udaje się po otwarciu torebki główkę usunąć. Jeżeli usiłowania te natrafiałyby na znaczne przeszkody, dopuszczalnemby było oddzielenie mięśni przez tymczasową resekcyę szczytu krętarza. Rozleglejszych resekcyi należy unikać. Rowek, wydłutowany w górnym obwodzie szyjki (jak to wykonał Kocher), pozwala jej pewniej opierać się na górnym brzegu panewki. Mięsienie i założenie wyciążków na kończynę, ustawioną w abdukcyi, powinno być zastosowanem w pierwszych tygodniach okresu pooperacyjnego.

*Urbanik.*

Prof. Grawitz. **O rakach gruczolakowych (*adenocarcinomata*)** (*Deutsche med. Woch.* 1900/13). Na szeregu przykładów wykazuje G., że wytwarzanie się nowych ognisk gruczołowatych, torbielowatych, lub litych (całkowicie złożonych z komórek, a nie posiadających w środku światła) może odbywać się w sposób rozmaity. Mianowicie z dawniejszych ognisk mogą w otoczeniu bujać albo wypustki przybłonkowe, od początku posiadające światło, lub też wypustki lite, w których dopiero później wytwarza się światło, bądźto przez znikanie komórek przybłonkowych w środku nowej litej wypustki, bądź przez to, że z początku wypustka obrasta około pasemek tkanki łącznej, które później znikają, pozostawiając próżnię, otoczoną wyściółką przybłonkową. Podłoże, z którego rozwija się rak gruczolakowy, niekoniecznie musi posiadać budowę gruczołową: zauważono np., że z litych z początku wypustek rakowych, biorących początek z nabłonka skóry, mogą się w dalszym ciągu wytwarzać ogniska o budowie gruczołowatej lub torbielowatej. Utkanie drobnowidowe tylko do pewnego stopnia pouczyć może o tem, czy dany gruczolak, względnie rak gruczolakowy jest mniej lub więcej złośliwy; w ogólności da się tylko powiedzieć, że nowotwór jest tem złośliwszy, im wolniej i niezupełniej przechodzi początkowo bujanie rakowe w typowe utkanie gruczolakowe lub torbielakowe.

*Ciechanowski.*

M. Henkel. **Kliniczne spostrzeżenia w gruźlicy.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Wczesne rozpoznanie gruźlicy rozstrzygać może o życiu chorego; ztąd H. w przypadkach podejrzanych, w których prątków gruźliczych w plwocinach, tak barwieniem, jak i szczepieniem zwierzętom, wykazać nie zdołano — choćby i tuberkulina odczynu nie sprowadzała, radzi nakłówać płuca w miejscu wybadać się dających zmian. Nakłówać należy strzykawką Prawatza z zachowaniem zwykłych prawideł aseptyki, naciągać zaś powoli; najmniejsze ilości do badania wystarczają. Po nakłóciu H. nigdy krwi w plwocinie nie spostrzegał. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Hahn i Trommsdorff. **O aglutyninach.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 13, 1900). Gruber stwierdził, że przy zlepianiu się bakteryi (aglutynacyi) zostają substancye zlepiające zużyte. Należało przypuszczać, że właśnie samo bakterye wywołują to zużycie aglutyninów, że mianowicie substancye te zostają związane lub pochłonięte przez substancyę bakteryi. Przypuszczenie to można było udowodnić wydzielając aglutyniny z powrotem, co rzeczywiście powiodło się autorom z rozmaitemi bakteryami (dur, cholera i t. d.) Zdołali oni mianowicie uwolnić związane przez bakterye aglutyniny i odzyskać je nietylko w zwykłej, nieodparniającej surowicy, z którą bakterye wygotowywali, lecz także w $1/_{100}$ normalnym ługu sodowym i $1/_{100}$ normalnym kwasie siarkowym. *Ciechanowski.*

Zängerle. **Przyczynek do znajomości pseudomucyny z torbielaków jajnikowych,** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Z mucyny, zawartej w śluzowej plwocinie, w śliniankach podszczękowych, oraz z albuminów jaja i owomukoidu zdołano wydzielić w stanie czystym glukozaminę. Rozciągając badania te na pseudomucynę, zawartą w torbielakach, zdołał Z. z niej również wydzielić glukozaminę. Ponieważ zaś pseudomucynę tę wydzielają komórki kubkowate, wyściełające ścianę torbielaków, i ponieważ mucyna w drogach oddechowych, ślinniankach i t. d. wytwarzana jest przez gruczoły, przeto wszystkie te glukoproteidy stanowią jedną gromadę ciał sobie pokrewnych, odznaczających się tem, że należy je uważać za wydzielinę komórek, i to komórek gruczołowych. Dalsze badania wykażą, czy glukozamina da się wykazać także w takich ciałach białkowatych, które nie są produktem właściwego wydzielania.

*C.*

Prof. Bauer. **O nerwowych zaburzeniach sercowych i ich stosunku do służby wojskowej.** (*Münch. med. Woch.* N. 13, 1900). W krótkim ogólnikowym wywodzie dochodzi B. do wniosku, że czynnościowe cierpienia serca nie czynią wszystkich, nimi dotkniętych, niezdolnymi do wojska, lecz, że przeciwnie może być tu służba wojskowa niekiedy nawet korzystną, wzmacniając serce za pośrednictwem celowych i stopniowych ćwiczeń fizycznych. Aby to ocenić, trzeba jednak nieraz dłuższy czas badać wpływ wzmożonej pracy fizycznej na serce, a niemałą wartość posiadają wywiady co do dziedziczności, przebytych chorób i t. d. *Z.*

Meyer. **Czy wynik badania zapomocą przyrządu do liczenia krwinek Thoma-Zeissa zależy istotnie od ciśnienia powietrza atmosferycznego.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 13, 1900). Na pytanie to odpowiada M. na zasadzie badań porównawczych w Bazylei i Davos — przecząco, zaznaczając, że przyrząd Meissena nie jest przeto ulepszeniem przyrządu Zeissa. (Zdanie M. potwierdza Turban w artykule polemicznym w tymsamym Nr. Münch. Woch.).

*Z.*

H. Neumayer. **O oksykamforze.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 13. 1900). Oksykamfora, to połączenie, w którem jeden atom wodoru zastąpiony został wodorotlenkiem. Połączenie to, łatwo rozpuszczalne w wodzie, działa nadzwyczaj dodatnio w przypadkach silnej duszności. Doświadczenia Heinza na zwierzętach powtórzył N. u ludzi, tak przy wadach serca, dychawicy, jak i w gruźlicy płuc, i przekonał się, że po 1 gramie oksykamfory spadała liczba oddechów bardzo znacznie już po kilku minutach, przyczem duszność ustępowała zupełnie, a chory doznawał trwałej ulgi.

*Dr St. B. Kwiatkowski.*

L. Huismans. **O chorobie Addisona.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 13. 1900). H. podaje 5 przypadków choroby Addisona, z których w 4 podjęta sekcya wykazała gruźlicze zajęcie nadnerczy. Przypominając zapatrywanie Neussera na istotę choroby A., według którego nadnercza mają niszczyć trujące wytwory przemiany materyi i przyczyniać się do utrzymania prawidłowego napięcia w układzie nerwów współczulnych, twierdzi H., że zadaniem nadnerczy jest przemiana trujących wytworów mięśniowych (kwas mlekowy i fosforowy) i jelitowych (n. p. brenckatechina) na połączenia nieszkodliwe, odpowiednio przystosowane do spraw wydzielniczych.

*Dr St. B. Kwiatkowski.*

Radca zdrowia Dr. Fürst. **Czy można przytłumić grypę (influenzę) i ciężkie jej powikłania?** (*Wiener med. Presse* N. 11, 1900). Autor, roztrząsając powyższe pytanie, twierdzi, że tak zupełnemu rozwinięciu się grypy, jak i jej powikłaniom, a w szczególności zapaleniu płuc można zapobiedz przez natychmiastowe podawanie antypiryny (3,00 dziennie) bez obawy jakiegokolwiek ubocznego działania.

*Dr. H. P.*

Zuckerkandl. **O zaburzeniach w przewodzie pokarmowym przy stale podwyższonem parciu w narządzie moczowym.** (*Wiener med. Presse* Nr. 12, 1900). Przerost gruczołu krokowego lub dłużej trwające zwężenie cewki moczowej, powodujące nagromadzenie się znaczniejszej ilości moczu w pęcherzu, wywołują z biegiem czasu stałe podwyższenie ciśnienia śródpęcherzowego, które nie może być obojętnem dla czynności nerek, a w dalszym ciągu i przewodu pokarmowego. Objawy przy tem występujące, jak suchość w gardle, zwiększone pragnienie, połączone z mdłym smakiem w ustach, brak łaknienia, odbijanie, zaparcie stolca naprzemian z biegunką, częste wreszcie wymioty, — co wszystko razem wzięte można uważać za objawy mocznicowe, — podkopują tak dalece ogólny stan chorego, że z czasem mamy przed sobą obraz charłactwa rakowego. Nieznaczna ilość moczu, jaką przy tem chory oddaje, wcale się nie przyczynia do obniżenia parcia śródpęcherzowego i chory taki umiera albo wskutek ogólnego zakażenia, albo wskutek zwiększającego się z każdym dniem charłactwa. Jeśli więc u osobnika, liczącego ponad 50 lat, występują zaburzenia z strony przewodu pokarmowego obok dłużej już trwającego utrudnienia w oddawaniu moczu, jeżeli pęcherz jest ponad spojeniem łonowem wyczuwalny, a za lekkim uciskiem występuje parcie na mocz — wówczas, mając na myśli związek przyczynowy, zachodzący między temi cierpieniami, rozpoznanie będzie trafne, co i w dalszym ciągu leczenie stwierdzi. Lecząc bowiem li tylko zaburzenia z strony pęcherza moczowego — usunie się także przypadłości żołądkowo-jelitowe. Pamiętać atoli trzeba, by nigdy za jednym zabiegiem pęcherza zupełnie nie wypróżnić, lecz poczynać od 200—300·00 moczu, wypuszczając z biegiem czasu stopniowo coraz więcej.

*Dr. Henryk Pisek.*

C. Hübscher. **O nowym materyale na szyny, przydatnym szczególnie do celów chirurgii wojennej.** (*Centralbl. für Chir.*, Nr. 9, 1900). Materyałem, zaleconym przez autora, jest blacha wybita w siatkę o oczkach średnicy 10 lub 6 mm., (t. zw. *Streckmetall, métal déployé*), znajdująca w ostatnich czasach obszerne zastosowanie w budownictwie. Materyał to giętki, daje się dobrze krajać, łatwo więc może być przystosowanym. Siatki te (a w szczególności sporządzone z glinu) są bardzo lekkie. Przez wtarcie gipsu w oczka siatki otrzymuje się opatrunek, który odpowiada wszelkim wymaganiom opatrunku ustalającego.

*Urbanik.*

Glelinne. **O przyczynach ciąży bliźniaczej.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Ciążę bliźniaczą uważa autor za pozostałość filogenetyczną, szczątkową. Według badań autora u samic, rodzących z reguły więcej płodów, w utkaniu jajnika przeważa tkanka jajorodna, natomiast u samic, rodzących tylko jeden płód, przeważa tkanka podścieliskowa. U kobiet powinna przeto przeważać tkanka podścieliskowa; jeżeli zaś przeważa tkanka jajorodna, to wtedy zbliżają się one do samic, rodzących większą ilość płodów i płodzą bliźnięta.

*St. D.*

A. Doktor. **Pęknięcie macicy. Dostanie się płodu do jamy brzusznej. Cięcie cesarskie. Wyzdrowienie.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Autor opisuje przypadek zupełnego pęknięcia macicy z przedostaniem się płodu do jamy brzusznej u wieloródki ze ścieśnioną miednicą, która poprzednio dwa razy rodziła siłami natury. Pęknięcie nastąpiło w tym przypadku z powodu zwiększenia niestosunku porodowego przez nadmierny rozwój płodu. W przypadku tym wydobyto płód drogą jamy brzusznej, a potem wyłuszczono macicę: — chora wyzdrowiała; jako ślad przeciągania się porodu pozostała przetoka moczowa wskutek długiego ucisku części miękkich przez główkę.

*St. D.*

Morel-Lavallée. **O leczeniu świądu sromu.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900), A) Leczenie miejscowe: 1) Zmywania co 2 godziny: *Rp. Hydrar. bichlor. Ammon. chlor. aa 0,25, Aq. Amygdl. 500,00.* 2) Jeżeli to nie pomaga, to na wieczór można polecić: *Rp. Chloralhydrat 5,00, Aquae rosar. 100,00, Aq. destil. 150,00.* 3) Dobrze przeciw świądowi działa: *Rp. Plumbi acet. 10,00, Acid carbol. 5,00, Tinct opii 60,00, Aq. coct. 150,00,* lub też 4) *Rp. Morph. hydrochl. 0,50, Aq. laurocer. 4,00 Natr. borici 10,00, Aq. chlorofor. 400,00.* W dzień po użyciu leków pod 3) i 4) można polecić maść: 5) *Rp. Cocaini muriat. 2,00, Adipis 20,00, Olei ros. q. s.* 6) *Rp. Kali bromati 2,00, Acid. salic. 0,50, Farin. glycerol 20,00, Calomel vapor. 0,50.* Łagodniej od powyższego działa: 7) *Rp. Zinci oxydat. Bismuthi subnitr. aa 5,00, Lycopodii 10,00.* Na noc powinno się dawać kataplasma na miejsce schorzałe. W przypadkach bardzo uporczywych trzeba się uciec do kauteryzacyi lapisem. *Rp. Argenti nitr. 1,00, Aq. destil. 10,00.* Ponieważ chore, dotknięte tem schorzeniem, są zwykle nerwowe, trzeba przy tem schorzeniu uciec się i do środków wewnętrznych, a to przy bezsenności: 1) *Rp. Ammon. bromat. 10,00, Chloral hydrat. 5,00, Syr. Cort. Aurant 90,00.* Łyżkę zażyć; lub 2) *Rp. Sulfonali. Antipyrin. aa. 0, 50,* 1—2 proszków na noc. Na noc wypłukać należy pochwę najpierw rozczynem lyzolu, potem wodą, wreszcie sublimatem, a pomiędzy wargi sromowe założyć kompres, napojony tanniną.

*St. D.*

Neumann. **Miesiączkowanie, a gruźlica płuc.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Autor badając raz przypadkowo przed 9 laty chorą gruźliczą podczas regularności znalazł u niej wybitne pogorszenie. Ta okoliczność zwróciła jego uwagę na stan chorych gruźliczych podczas miesiączkowania, a badanie, przeprowadzone na całym szeregu chorych doprowadziło go do następujących wniosków: 1) U chorych gruźliczych podczas miesiączkowania występuje, albo też wzmaga się gorączka. 2) Często u tych chorych bez gorączki pojawiają się w miejscach gruźlicą zajętych objawy nieżytowe. 3) Podczas regularności dadzą się fizykalnem badaniem wykazać początkowe zmiany gruźlicze, niewybadalne w innym czasie. 4) Wreszcie zdarzają się chore, u których po ustaniu każdej regularności stan płuc znacznie się polepsza. Jak zachowuje się miejscowa gruźlica części rodnych podczas miesiączkowania, tego autor nie miał sposobności stwierdzić, sądząc jednak ze zwierząt, powinnaby się ona przy każdem miesiączkowaniu pogarszać.

*St. D.*

Freudenberg. **O leczeniu bólów miesiączkowych.** (*Frauenarzt* Nr. 3, 1900). Kobiety, cierpiące na bóle miesiączkowe, powinny w pierwszym rzędzie podczas regularności zachować bezwzględny spokój. Dobrze bardzo działają ciepłe okłady lub kataplazmy na brzuch. Jeżeli te zawiodą, można z bardzo dobrym skutkiem stosować wilgotne owijanie ud. W uciążliwych przypadkach stosuje się czopki z nast. wilczej jagody lub też kąpiele z narkotyków. Podczas kąpieli można zalecić natryski pochwowe. Jako środek, regulujący dopływ krwi do macicy, używa Prof. Dalché następującego środka: *Rp. Ergotin 0,10, Chinin. sulfur. 0,02, Pulv. fol. Digit. 0,01, Pulv. Coca q. s. ut. f. pil. N. I.* 3—5 pigułek dziennie.

*St. D.*

H. Lucas. **Przyczynek do sposobów odjęcia prącia.** (*Ctbl. f. Chir.* Nr. 1, 1900). Przy tej operacyi największą troską naszą jest to, aby zapobiedz późniejszemu zwężeniu ujścia cewki. Sposoby obecnie używane nie zupełnie temu zapobiegają, jak o tem L. pouczył przypadek, operowany dawnym sposobem przez Bardenheuera. Autor poleca zatem inny sposób, polegający na tem, że z cięcia podłużnego, poprowadzonego na dolnej powierzchni cewki od przodkowej ściany moszen ku żołędzi, oddziela cewkę wraz z jej tkanką jamistą na przestrzeni 3—4 ctm. i przecina poprzecznie na obwodzie. Teraz dopiero odejmuje prącie w okolicy tylnego końca cięcia podłużnego (oczywiście bez cewki) i zeszywa *tunica albuginea* ciał

jamistych prącia ponad ich okrwawioną powierzchnią; ponad tym szwem zeszywa skórę, po części ze sobą, po części zaś z powierzchnią okrwawioną cewki, zachwytując tę ostatnią dość głęboko, bylc nie przez błonę śluzową. Po tak skończonej operacyi wprowadza do pęcherza cewnik na stałe. W miarę gojenia się zrasta się błona śluzowa cewki z *tunica albuginea* własnego ciała jamistego, blizna na jej okrwawionej i nieosłoniętej powierzchni kurczy się, co sprawia, że błona śluzowa cewki zostaje mocno, na kształt grzyba, wynicowaną na zewnątrz. Po tej operacyi chorzy oddawali mocz silnym strumieniem, nie zanieczyszczali sobie sukien i nie dostawali wyprysków na mosznach. *Herman.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pastę żrącą, niesprawiającą bólu, otrzymuje się dodając do pasty arszenikowej ortoform, jak to poleca Ponchet:

Rp. *Acid. arsenicos,*
*Orthoformi aa 0·2*
*Alcoholis*
*Aq. destillat aa 10·0—15·0*

(*Journ. des Practiciens* 1899). *Dr. I. L.*

Guajasanol. Nowy ten przetwór gwajakolowy jest chlorkiem dienetyloglykokolo-gwajakolu, krystalizuje w postaci białych pryzmatycznych kryształków, topiących się przy + 184°; posiada słabą woń gwajakolu, smak zaś słono-gorzki; w wodzie rozpuszcza się bardzo łatwo; działa obojętnie; w styczności z węglanami potasowców rozkłada się na zasadę wolną (dwuetyloglykokolo-gwajakol), która się wydziela z rozczynu w postaci cieczy oleistej. Badania Heinza wykazały, iż przetwór ten nie działa trująco, że 2% rozczyn rany nie drażni, 10% rozczyn drażni błony śluzowe, jednakowoż ich nie nadżera; że posiada słabe własności znieczulające. Badania bakteryologiczne Buchnera i Perutza wykazały, iż rozczyn gwajasanolu 1:50 i 1:100 niszczy prątki; rozczyn 1:200 rozwojowi ich nie przeszkadza; własności przeciwgnilne zatem odpowiadają mniej więcej własnościom kwasu borowego.

Badania kliniczne w końcu wykazały, iż gwajasanol w przypadkach gruźlicy, podawany w dawce 3 — 12 g. na dzień w opłatkach lub też w rozczynie, wstrzyknięty podskórnie, nie wywoływał ubocznych przypadłości ani ze strony krążenia, ani ze strony przewodu pokarmowego; chorzy znosili go dobrze, odzyskiwali apetyt i przybierali na wadze bez stosowania osobnego leczenia dyetetycznego. Z dobrym skutkiem podawano ten środek (daw. 3 g.) w biegunkach gruźliczych. Zadawalniające wyniki dawała w ozenie tamponada rozczynem 10—20% gwajasanolu, stosowana po $\frac{1}{2}$ — 1 godziny. W zapaleniu jamy ust stosowano skutecznie płókania $\frac{1}{2}$—2% rozczynem lub pędzlowanie 5% rozczynem. W zapaleniach pęcherza stosowano przestrzykiwania rozczynem 0·5—1·0 na 2000. W końcu w chorobach oczu okazał się gwajasanol pomocnym w rozczynie 1% jako środek przeciwgnilny, jakoteż w przewlekłych zapaleniach spojówki. (Dr. Einhorn, *Münch. med. Wochensch.* 1900, Nr. 1) *Dr I. L.*

Jodipinum, związek jodu z olejem łogowym (*Ol. sesami*) zawierający 10% jodu, przewyższa inne organiczne związki jodowe pewnemi swojemi zaletami. Nie ulega on tak łatwo rozkładowi, odpowiada pod względem smaku, barwy i woni ol. łogowemu, przez co może być podany wprost, bez dodatków mających na celu polepszenie smaku. Z początku ograniczano dawkę dzienną jodipiny do 3 łyżeczek kawowych, które odpowiadały około 1·0 grm. jodu czyli 1·35 grm. jodku potasowego. Radestock próbując podwyższyć tę dawkę, spożywał naprzód sam przez cały tydzień po 3 łyżki dziennie jodipiny bez szkody. Po tych próbach podawał ten środek chorym po 40—50 grm. na dzień, nie zauważając przytem żadnego działania szkodliwego, nie występowały bowiem ani bóle głowy, ani zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, z wyjątkiem miernego stopnia przyspieszenia ruchu robaczkowego, jakoteż wystąpienia lekkiego trądzika jodowego.

Jodipina przechodzi, jak to wykazał Winternitz, przez żołądek bez zmiany, a wessaniu ulega dopiero w jelitach. Autor zaleca bardzo podawać jodipinę we wszystkich przypadkach, w których wskazany jodek potasowy (wewnętrznie lub zewnętrznie) przypisując jej działanie skuteczniejsze z powodu łatwej i dokładnej wessalności. To samo tyczy się użycia tego środka w miejsce innych związków jodowych, a w szczególności nalewki jodowej. (*Therap. Monatshefte* 1899 listopad). *I. L.*

Sanatogen jest to przetwór białkowy wyrabiany przez firmę Bauer et Cie w Berlinie. Przetwór ten jest proszkiem barwy białoszarawej, pęcznieje w zimnej wodzie, przy ogrzaniu z wodą tworzy ciecz barwy mlecznej; ma być połączeniem 95% sernika z 5% glicerynofosforanem sodu. Rybiczka (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 9, 1900) używał sanatogenu w błednicy, wyniszczeniu skutkiem raka żołądka, gruźlicy, durze, oraz w neurastenii, zwężeniu przełyku, wrzodzie żołądka i t. d. Dawki wahały się od 3—5 łyżeczek kawowych dziennie. Lek podawano w mleku, winie, herbacie, zupie, najprzód rozmięszawszy na zimno, a potem ogrzewając aż do rozpuszczenia, który to sposób przyrządzania ważny jest ze względu na dokładne rozpuszczenie, gdyż inaczej pozostają grudki i chorzy mniej chętnie go piją. Sanatogen ma według doświadczeń R. podnosić wagę ciała w wielu przypadkach, w innych polepszać znacznie łaknienie, także i zawartość hemoglobiny we krwi ma wzrastać, jakkolwiek dość powoli. Chorzy znoszą sanatogen dobrze, trawią łatwo i nawet przy dłuższem podawaniu przyjmują chętnie. *Dr. A. Schmidt.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

**Posiedzenie naukowe z dnia 6 kwietnia 1900 r.**

Członków obecnych 48; — przewodniczący kol. Sielski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Sielski przedstawia i wita gości: prof. Dr. Jordana i panią Dr. Moraczewską.

3) Kol. Sielski odczytawszy listy od Komitetu uświetnienia Jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego i od Komitetu IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, — zachęca członków do jaknajliczniejszego udziału i szybkiego nadsyłania składek. W sprawie tej przemawiał też prof. Jordan. (Na i po posiedzeniu zebrano 105 koron).

4) Kol. Herman przedstawia zaniedbany przypadek znacznego stopnia gruźlicy skóry wraz z zajęciem gruczołów limfatycznych pachwinowych. — Kol. Łukasiewicz omawia ten przypadek.

5) Kol. Moraczewski »O kryoskopii moczu.« — Prelegent omówił na wstępie metodę oznaczania i opisał przyrząd. Wykazawszy związek pomiędzy kryoskopią i innemi metodami oznaczania ciśnienia osmotycznego, przeszedł do teoretycznej części odczytu, w której scharakteryzował nowoczesne zapatrywania chemiczne, oraz ich doniosłość dla biologii, wreszcie poddał krytyce niektóre zbyt pospiesznie czynione wnioski i omówiwszy zależność osmotycznego ciśnienia moczu od tegoż ciśnienia we krwi, wytknął kilka punktów, szczególniej ważnych dla celów klinicznych, w których kryoskopia poważne może oddać usługi. Rzecz będzie w całości drukowana). *Dr. J. Krzyszkowski,* sekretarz.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie w dniu 21 marca 1900.**

Przewodniczący: Kol. Prof. Jordan.

1. Przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Droba przedstawia imieniem Komitetu zmiany Ustawy Tow. lek. galic., powzięte na walnem zgromadzeniu Delegatów tegoż Towarzystwa w dniu 28 lutego b. r. i przysłane do aprobaty Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu. — Referat swój kończy następującym wnioskiem Komitetu: Tow. lek. krak. przyjmuje »en bloc« zmiany wprowadzone w Ustawie Tow. lek. galic. Wniosek przyjęto jednogłośnie.

3. Kol. Przewodniczący przedstawia, stósownie do prośby wniesionej na jego ręce przez grono kolegów. kol. prof. Edwarda Korczyńskiego na członka honorowego Tow. lek. krakowskiego i wyjaśnia, że głosowanie, stósownie do brzmienia § 63 statutu Tow. lek. krak., odbędzie się dopiero na jednem z następnych posiedzeń.

4. Kol. Sekretarz odczytuje pismo kol. prof. Korczyńskiego, w którem tenże, jako przewodniczący sekcyi gospodarczej chorób wewnętrznych, balneologii i t. d. na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich zwraca się do członków Tow. lek. z prośbą, by zgłaszali odczyty do tejże sekcyi i by w tym kierunku wpływali na znajomych, a to celem uzyskania rychłej pewności, które z grup tej sekcyi będą mogły samodzielnie funkcyonować (przyjęto do wiadomości).

5. Kol. Sekretarz odczytuje odezwę komitetu Doktorów, zwracającą się do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie działania komitetu jubileuszowego, zawiązanego celem uczczenia 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego. — Odezwę tę popiera w gorącem przemówieniu kol. przewodniczący.

6. Kol. Sekretarz zdaje sprawę z działalności komisyi, wybranej

celem uczczenia pamięci ś. p. N. Kostaneckiego i przedstawia zgromadzeniu do uchwały następujące wnioski tejże komisyi: a) Tow. lek. krak. pragnąc uczcić pamięć ś. p. N. Kostaneckiego uchwala zebrać fundusz dla sierót, pozostałych po zmarłym koledze. b) Fundusz ten, zebrany drogą składek, złoży Towarzystwo dla sierót na książeczkę kasy Oszczędności, albo ulokuje go w papierach wartościowych, które uzna za stosowne. c) Zebraniem funduszu zajmie się powyższa komisya, która wyda odpowiednią odezwę do kolegów zawodowych krajowych i pozakrajowych. d) Część zebranego funduszu przeznaczy Towarzystwo na postawienie kamienia na grobie zmarłego z napisem, który się później ułoży. Wnioski jednogłośnie przyjęto.

7. Kol. Przewodniczący skreśla w krótkości skrzętną i skuteczną działalność w Towarzystwie lek. ś. p. kol. Doc. Dra Sroczyńskiego i w krótkich, ale gorących słowach, których obecni wysłuchali stojąc, oddaje cześć pamięci pracowitego, zdolnego i dobrego kolegi.

8. Po załatwieniu spraw administracyjnych przystąpiono do części naukowej posiedzenia, którą zagaił kol. Doc. Łepkowski wykładem: »O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej«, połączonym z demonstracyami odpowiednich okazów, oraz chorego, u którego pokrył obturatorem otwór w podniebieniu twardem, powstały po kilaku. W wykładzie tym przeszedł prelegent w krótkości historyę rozwoju sztuki dentystycznej od najdawniejszych aż do dzisiejszych czasów.

W dyskusyi zabierają głos koledzy prof. Zarewicz i prof. Kader. Pierwszy zapytuje prelegenta: 1) jak się ma rzecz z czyszczeniem zębów, przykręconych zapomocą śrubek, a 2) czy zęby sztuczne z płytkami nie uciskają na podniebienie i czy nie bywają powodem tworzenia się u kiłowych nacieków kiłowych. Kol. Prof. Kader stawia pytanie, czy warto wstawiać drogie sztuczne ćwieczkowe zęby, wobec tego, że ćwieczki takie, jak to wykazał Gluck na sztucznych stawach szczękowych, szybko się rozluźniają, a korzenie szybkiej ulegają resorbcyi. Co się tyczy przedstawionego chorego, jest kol. prof. Kader zdania, że operacya plastyczna byłaby więcej wskazaną, gdyż usunęłaby ubytek na zawsze i zwolniłaby chorego od nieprzyjemnego bądź co bądź uczucia ciała obcego w ustach.

W odpowiedzi zaznacza kol. prelegent, że zęby ze śrubkami czyszczą się zupełnie dobrze i łatwo podobnie, jak zęby naturalne, co do drugiego zapytania kol. prof. Zarewicza zaznacza, że w swej praktyce przypadku tego rodzaju nie spotkał. Co się tyczy zarzutów kol. prof. Kadera, to zapewnić może, opierając się na swej własnej praktyce, że zęby ćwieczkowe przez 8 lat trzymają się bardzo dobrze i że korzenie ulegają resorbcyi tylko wtedy, gdy się około nich toczy sprawa ropna; w innych przypadkach resorbcyi tej nie widział. Co do wyższości operacyi plastycznej nad protezą u demonstrowanego chorego może odpowiedzieć tyle, że zna chorych, operowanych z powodu podobnych ubytków kilka razy, u których ostatecznie skończyć się musiało na założeniu obturatora.

Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia:

Trzy okazy tętniaka tętnicy głównej:

1) Pierwszy z nich pochodzi z kobiety 65-letniej (PS. 30/1900) u której zresztą wykazała sekcya tylko bardzo znaczną miażdżycę tętnic i zaniki starcze narządów wewnętrznych. Już po przecięciu skóry i tkanki podskórnej na dolnej części szyi i nad rękojeścią mostka, wylewała się z nieregularnej, płaskiej jamy, leżącej wśród mięśni powierzchownych dolnej części szyi i tkanki podskórnej nad mostkiem, krew brunatnawo-czerwona. Jama, krew tę mieszcząca, powstała przez rozsunięcie tkanek, a połączona jest z jamą tętniaka otworem, drożnym dla małego palca, leżącym ponad górnym brzegiem rękojeści mostka, która stanowi dolną granicę tego otworu, jest obnażona, nierówna, chropawa. Z tylną powierzchnią rękojeści i górnej części trzonu mostka zrośnięty jest tętniak wielkości i kształtu pomarańczy, wychodzący z przedniej ściany samego łuku tętnicy głównej dokładnie pomiędzy i pod odejściem tętnicy bezimiennej i obu wielkich tętnic strony lewej. Tętniak ten łączy się ze światłem tętnicy głównej otworem okrągłym o średnicy 4 ctm. Ścianę przednią tętniaka stanowi obnażona i nadżarta, nierówna kość mostka. Nadżarcie mostka leży dokładnie w linii środkowej, jest talerzykowate i sięga w samym środku tak głęboko, że pozostała jeszcze cienka blaszka utrzymanej kości do światła prześwieca; średnica nadżarcia, z którego brzegami tętniak jest zrośnięty wynosi 5 ctm. Z innymi sąsiednimi narządami tętniak nie był zrośnięty, chociaż częścią ściany przytykał bezpośrednio do przedniej ściany tchawicy. Wnętrze tętniaka było w znacznej części wypełnione skrzepami warstwowymi. Oprócz tego dużego tętniaka znajduje się w części wstępującej tętnicy głównej małe, płytkie, tętniakowate wypuklenie, nie przechodzące wielkości fasoli, które było wypełnione również skrzepami warstwowymi, za życia powstałymi, a zdaje się mieć źródło w owrzodzeniu miażdżycowem. Dodać należy, że serce jest w tym przypadku zanikłe.

Dość ciekawym szczegółem jest to, że tętniak na zewnątrz nie przebił się przez nadżarcie mostka, ale tuż ponad rękojeścią mostka przez części miękie. Usadowienie tętniaka, zwłaszcza wysterczanie jego ponad mostek, powinno było umożebnić rozpoznanie za życia.

2) Drugi okaz pochodzi z kobiety 56-letniej (PS. 55/1900), obserwowanej za życia na oddziale I A. Szpit. św. Łazarza, u której sekcya oprócz rozpoznanego za życia worczastego tętniaka części wstępującej tętnicy głównej, wykazała jeszcze drugi tętniak w części zstępującej, zrosły z kręgosłupem, wrzecionowate, tętniakowate rozszerzenie początku odcinka brzusznego tętnicy głównej, bardzo znaczną miażdżycę tętnic, a jako bezpośrednią przyczynę śmierci ogniskowe włóknikowe zapalenie płuc. Pierwszy tętniak, wychodzący z części wstępującej tuż przed odejściem tętnicy bezimiennej, wysunął się ponad obojczyk prawy, zajmując prawy dołek nadobojczykowy w postaci guza, wielkości małej pięści i wywołując małe ubytki na prawym brzegu rękojeści mostka i na mostkowym końcu prawego obojczyka, do których przednią swą ścianą przylegał. Tętniak ten, w znacznej części wypełniony twardym, warstwowym, przyściennym skrzepem, łączy się ze światłem tętnicy głównej otworem okrągłym, »szyjką« średnicy 3 ctm., sam zaś mierzy średnicy 7 ctm. Ujście tętnicy bezimiennej jest już wciągnięte w obręb »szyjki« tętniaka, długiej na jakie $1^1/_2$ do 2 ctm. — Drugi tętniak, wychodzący z tylnej ściany części zstępującej tętnicy głównej, zrośnięty z kręgosłupem, w którym wywołał dość głębokie nadżarcie, zajmuje na wysokość 10 ctm, komunikuje szeroko ze światłem tętnicy, a posiada kształt spłaszczonego z przodu ku tyłowi worka, w największej średnicy poziomej mierzącego 14 ctm. i rozwijającego się głównie ku stronie prawej, gdzie zrasta się z dolną częścią prawego płuca. W tętniaku tym ta właśnie prawa jego część zawierała grube skrzepy warstwowe, przyścienne. Wreszcie tuż poniżej przepony znajduje się wrzecionowate rozszerzenie silnie miażdżycowej tętnicy głównej na długości 7 ctm., w największym obwodzie mierzące 8 ctm. —

Serce w tym przypadku jest wyraźnie w obu swych połowach, zwłaszcza jednak w lewej, przerosłe. Jaka była właściwa przyczyna przerostu serca, nie można stanowczo rozstrzygnąć, ponieważ sekcya mogła być tylko częściowo dokonana.

Zajmującym szczegółem tego przypadku jest wielokrotność tętniaków i obecność tętniaka części zstępującej tętnicy głównej, który jak jeszcze i dziś podkreślają (Schrötter. Erkrankungen der Gefässe I Th. Wien 1900), należy do zjawisk rzadszych, a interesujących ze względu na dość znaczne podobno trudności klinicznego rozpoznania. Pod tym właśnie względem poruszyli niedawno tę sprawę Weinberger i Weiss (Eine seltene Form von Aneurysma der Arteria thoracica descendens, *Wiener klin. Wochs.* 1900 Nr. 8), którym dobre usługi oddała w ich przypadku röntgenografia, a do których pracy po kliniczne szczegóły i uwagi odesłać należy. Zasługiwać zdaje się na wzmiankę okoliczność, że według zgodnych zdań rozmaitych autorów, od Rokitańskyego począwszy, rozszerzają się tętniaki części zstępującej tętnicy głównej piersiowej prawie zawsze ku stronie lewej, wnikając w lewe płuco. W przypadku Weinbergera i Weissa rozrastał się tętniak wyjątkowo prawie wyłącznie na prawo, a ten wyjątek był bodaj głównym powodem, dla którego autorowie ci swój przypadek, jako klinicznie ciekawy i »rzadki« ogłosili, pomimo całej powodzi istniejącej kazuistyki tętniaków. Otóż i nasz przypadek z tego tytułu należałoby zaliczyć do rzadszych, bo i tu tętniak drugi, t. j. części zstępującej aorty rozwijał się prawie wyłącznie ku stronie prawej, na lewo zaledwo cokolwiek przekraczając kręgosłup. Że w naszym przypadku nie przyszło do przebicia się tętniaka n. p. do jakiejś gałązki oskrzelowej, jak to było w przypadku Weinbergera i Weissa, i przez to zabrakło wskazówki rozpoznawczej, odgrywającej w ich przypadku niejaką rolę, pochodzi prawdopodobnie stąd, że właśnie w prawej, wrastającej w płuco połowie tętniaka znajdowały się grube pokłady zbitych skrzepów, wypełniających prawie całe wnętrze tej części tętniaka.

Niezwyczajnem jest także zachowanie się górnego tętniaka, wychodzącego z przejścia tętnicy gł. wstępującej w łuk. Tętniaki tej oko-

licy rozwijają się z reguły ku przodowi, wywołując nadżarcia ściany klatki piersiowej; tu natomiast tętniak wysunął się do dołka nadobojczykowego, a w mostku i obojczyku wywołał tylko drobne ubytki.

3) Okaz trzeci pochodzi z kobiety 65-letniej (PS. 159/1900), u której tętniak, pękając do lewej opłucnej, wywołując *haemothorax*, całkowite ugniecenie płuca lewego i ostrą niedokrewność bezpośrednio śmierć sprowadził. I tu wykazała sekcya bardzo znaczną i rozległą miażdżycę tętnic. Tętniak wielkości 2 pięści, wychodząc głównie z dolnej i tylnej ściany części zstępującej tętnicy głównej, 2 ctm. poniżej ujścia tętnicy podobojczykowej lewej, rozwijał się ku stronie lewej i ku tyłowi, zrastając się częściowo z górną częścią płuca lewego; otwór, przez który nastąpił krwotok, znajduje się w sąsiedztwie tego zrostu i nie przechodzi wielkości halerza. Tętniak ten jest raczej wrzecionowaty, niż workowaty, bo połączony jest szeroko ze światłem tętnicy głównej, której ściana w tem miejscu jest zresztą także rozciągnięta i wysłana grubym pokładem białych warstwowych skrzepów; we właściwym tętniaku znajdują się starsze i świeższe skrzepy, warstwowe i żeberkowane. Oskrzele lewe jest przez tętniak zepchnięte ku dołowi i uciśnięte.

Serce w tym przypadku zachowało mniejwięcej wielkość prawidłową, jest może nawet nieco pomniejszone, a w każdym razie nie okazuje ani śladu przerostu; nie ma też innych zmian, w szczególności na zastawkach.

W tym przypadku, w przeciwieństwie do poprzedniego, rozwijał się tętniak typowo ku stronie lewej.

Klinicznie rozpoznawano wadę sercową. I w tym przypadku istnieć musiały trudności rozpoznawcze, które byłaby może zmniejszyła röntgenografia.

We wszystkich 3 przypadkach tętniaki rozwinęły się u kobiet w wieku starszym (56 wzgl. 66 lat), we wszystkich istniała też bardzo znaczna miażdżyca tętnicy głównej. Są to szczegóły o tyle zajmujące, że tętniaki u kobiet są bez porównania rzadsze, niż u mężczyzn (Bizot znalazł wśród 189 przypadków 171 mężcz., a tylko 18 kobiet), że najczęściej powstają w wieku średnim 35–40 lat i że z miażdżycą łączyć je ma związek tylko pośredni, mianowicie obie te zmiany, jeżeli występują obok siebie, zdają się być równorzędnymi skutkami jednej wspólnej przyczyny (Birch-Hirschfeld). Znacznie rzadziej daje się wykazać zależność rozwoju tętniaka od zmian miażdżycowych, jako bezpośredniej przyczyny, mianowicie od głębszych owrzodzeń miażdżycowych; dotyczy to szczególniej niektórych przypadków tętniaków wielokrotnych z równoczesnemi licznemi i głębokiemi owrzodzeniami miażdżycowemi. O takiej genezie tętniaków możnaby też myśleć w dwóch pierwszych naszych spostrzeżeniach. Zresztą niektórzy badacze (np. Ziegler) dopatrują się podobnej genezy w większości przypadków, co prawda wliczając do wspólnej gromady »arteriosklerotische Aneurysmen« i tętniaki, występujące wskutek kiłowych zmian naczyń.

4) Okaz kamieni gruczołu krokowego, pochodzący z 42 letniego mężczyzny (P. S. 195/1900) z nieznacznemi zmianami gruźliczemi w szczytach płuc, u którego za życia rozpoznano *Cystopyelonephritis tuberculosa*. Sekcya nie wykazała zmian gruźliczych w narządzie moczopłciowym, natomiast zajmującą cały ten narząd sprawę posokowatoropną, której początek dała prawdopodobnie *calculosis prostatae*. Część jamista i błoniasta cewki moczowej zmian nie okazuje; część krokowa w całości znacznie i niejednostajnie rozszerzona, zwłaszcza ku tyłowi i stronie prawej, gdzie istnieje rodzaj uchyłka, głębokiego około 3½ctm. (licząc od idealnego przebiegu części krokowej cewki), zajmującego całą prawie wysokość gruczołu krokowego i połączonego szeroko z resztą rozszerzonej części krokowej, przez co tworzy się nieregularna jama, będąca niejako przedłużeniem pęcherza moczowego ku dołowi. Z pęcherzem połączona jest ta jama przez znacznie rozszerzone ujście wewnętrzne pęcherza, mierzące w obwodzie prawie 3 ctm. W jamie tej, której wnętrze jest nierówne, pokryte ropą i miazgą zielonawą cuchnącą, a której ścianę stanowi rozepchnięty i zanikły gruczoł krokowy, leżały 3 kamienie nieregularnego kształtu, na kantach lekko zeszlifowane, ważące razem po wysuszeniu 12 gr. (6 + 4 + 2 gr.), z których największy mierzy mniejwięcej 3 × 2 × 1·75 ctm., najmniejszy 2·25 × 1·25 × 1 ctm. Kamienie te barwy białoszarej, nie okazują po rozpiłowaniu wyraźnego jądra; kora ich jest zbitsza, twarda, środek prawie gąbczasty, kruchy. Zewnętrzne rozmiary gruczołu krokowego wynoszą około 4 × 4·5 × 5 ctm. — Pęcherz moczowy mały, wielkości mandarynki; ściana jego gruba na przeszło centymetr, we wnętrzu nie było żadnych kamieni, tylko nieco moczu ropiastego, cuchnącego; błona śluzowa jego przedstawia zmiany, właściwe długotrwałemu zapaleniu posokowatoropnemu, podobnie jak i błona śluzowa moczowodów, które są grubości palca wskazującego, o ścianie przerosłej, pokręcone. Miedniczki i kieliszki nerkowe rozszerzone, zawierały mocz ropiasty i po kilka kamyczków wielkości grochu; błona śluzowa przedstawiała się podobnie jak w moczowodach i w pęcherzu. Nerki przedstawiały obraz rozlanego ostrego zapalenia obok rozrzuconych nieregularnie w miąższu ograniczonych ropni.

Rozbiór chemiczny kamieni, dokonany uprzejmie przez kol. Doc. Lembergera, wykazał, iż składają się one z fosforanów i węglanów wapniowego i magnowego, przyczem przeważa znacznie fosforan wapniowy. Szczawianów, ani moczanów wykazać nie zdołano.

Niezbyt wielka liczba prac, odnoszących się do kamieni gruczołu krokowego, wymagających interwencyi chirurgicznej, świadczy, że zjawisko to nie należy do zbyt częstych, choć zapewne niejeden przypadek, nierozpoznany za życia, pozostał nieznany. Jeżeli za wzorem v. Frischa (Die Krankheiten der Prostata Wien 1900) oddzieli się jeszcze kamienie nerkowe i pęcherzowe, które przypadkiem do części krokowej cewki się dostały i tam utkwiły, oraz zwapnienia obumarłych części gruczołu krokowego, jako nie należące do właściwych kamieni krokowych, to liczba przypadków takich jeszcze bardziej się zmniejszy. Powstanie kamieni w takich przypadkach tłómaczą wszyscy prawie autorowie przez zwapnienie i wzrost t. zw. ciałek skrobiowatych, znajdujących się nader często w gruczole krokowym, a zapatrywanie to podzielają dwaj najważniejsi monografiści tej sprawy tj. Socin i v. Frisch. Pochodzenie i sposób powstawania ciałek skrobiowatych zadługo byłoby opisywać, wystarczy wspomnieć, że ci, którzy tę sprawę najdokładniej badali, Posner i Stilling, uważają za źródło ciał skrobiowatych złuszczone i obumarłe komórki przybłonkowe stercza, które następnie impregnując się mniej lub więcej lecytyną, dają mniej lub więcej wyraźny odczyn, zbliżony do odczynu substancyi skrobiowatych, bo właśnie lecytyna barwi się niebiesko przy działaniu jodu, a różowo fioletem metylowym. Według badań Stillinga zdarzają się szczególnie obficie ciałka skrobiowate w gruczole krokowym rozwijającym się, i u osobników starszych; u tych ostatnich obwinia Stilling zwyrodnienie szkliste mięśni gruczołu krokowego, że nie usuwając łuszczących się komórek przybłonkowych, gromadzi materyał na złogi skrobiowate (którym zresztą przypisuje S. przypuszczalną rolę w powstawaniu przerostu gruczołu krokowego). Ciechanowski przypuszcza, że w gromadzeniu się znaczniejszem ciał skrobiowatych u ludzi starszych odgrywają pewną rolę tesame sprawy, które stanowią tło przerostu gruczołu krokowego, to jest zwężenie bliznowate przewodów tego narządu, wywołane przez bardzo przewlekłe sprawy zapalne, które szerzą się wgłąb gruczołu od cewki moczowej. To także tłómaczyłoby, dlaczego właśnie złogi skrobiowate gromadzą się głównie w większych przewodach gruczołowych, które leżąc bliżej cewki moczowej, częściej i silniej ulegają owym zmianom bliznowatym. Tu też zatrzymywane rosnące i wapniejące złogi mogą być źródłem owych kamieni krokowych, które doprowadzając sąsiedni miąższ gruczołu zwolna do zaniku, dostać się wreszcie mogą do światła części krokowej cewki moczowej, gdzie potem stanowią przyczynę zaburzeń moczowych wskutek swojej wielkości i liczby i źródło dalszych zmian patologicznych. Spotykano już kamienie krokowe wielkości jaja kurzego (Goyrand), ważące do 102 grm. (Ferrari), wydalano po 50–130 drobniejszych kamyków (w takich razach leżały one jeszcze w miąższu gruczołu krokowego w wytworzonej zwolna jamie) i t. p. Przypadki ciekawsze zestawił Thompson w swojej znanej pracy. W przypadku Friedla 4 kamienie krokowe, bliskie przebicia się do części krokowej cewki moczowej, wywołały obliteracyę przewodu nasiennego i zwyrodnienie torbielowate pęcherzyka nasiennego; w innych razach spostrzegano przebicie się kamieni do cewki, pęcherza, odbytnicy, tkanki około gruczołu krokowego (w naszym przypadku omal to ostatnie nie nastąpiło), gdzie powstawały potem ropnie i t. d.

Czy w naszym przypadku rzeczywiście są to prawdziwe kamienie krokowe, czy też kamienie, naniesione z górnych odcinków dróg moczowych i uwięzłe tylko w części krokowej, rozstrzygnąć stanowczo oczywiście trudno ze względu na to, że kamienie znajdują się już w cewce, a raczej, że zawierająca je jamka łączy się z cewką w jedną całość. Wynik badania chemicznego w żadnym razie sprawy nie rozstrzyga, chociaż kamienie krokowe mają się składać najczęściej właśnie z fosforanów, rzadziej z węglanu wapniowego lub fosforanu amono-

womagnowego, a wyjątkowo tylko ze szczawianów. Na stronę przypuszczenia, że kamienie istotnie pierwotnie wytworzyły się w samym gruczole krokowym i następowo przebijając do cewki, były źródłem wszystkich zmian dalszych, przemawiaćby mogły: brak takich zmian anatomicznych wrodzonych lub nabytych w cewce moczowej, któreby mogły stanowić przeszkodę dla kamieni, przeparłych już przez ujście wewnętrzne pęcherza (zwężenia, uchyłki)—i położenie kamieni, zajmujących głównie tylko prawą stronę gruczołu krokowego;— przeciw zaś temu przypuszczeniu możnaby przytoczyć: obecność kamieni, acz drobnych, w miedniczkach nerkowych, (które mogły zresztą powstać już w przebiegu zmian następowych w górnych drogach moczowych) i pewien niestosunek zmian pęcherza do zmian w moczowodach. C. skłania się raczej ku pierwszej z tych dwóch możliwości, między któremi rozstrzygnąć możeby mogły objawy kliniczne; niestety nie ma o nich bliższych danych. Wogóle zaś co do strony klinicznej całej sprawy odesłać należy do wspomnianej już monografii v. Frischa i do pracy A. Gabszewicza (»Gazeta lek.« 1899. N. 50), jak się zdaje jedynej dotąd w naszem piśmiennictwie.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Doc. Kryński i prof. Zarewicz. Pierwszy jest zdania, że przedstawione przez prelegenta kamienie pochodzą z części górnych przewodu moczowego, że utkwiły w części krokowej cewki, wywołując tu następowe zmiany. Kol. prof. Zarewicz zgadza się zaś ze zdaniem kol. prelegenta.

*Dr. Stanisław Droba*, sekretarz.

## VI. Stanowisko lekarzy kąpielowych.

Napisał

**Dr. Władysław Maleszewski**

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag., lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

(Dokończenie).

Więc przedewszystkiem wymaga od nas nauka klinicznego postępowania, a nie szablonu kąpielowego. Czyż np. przy rozstrzeni żołądka znacznego stopnia picie tej lub innej wody, czy szablonowa dyeta będzie dla niej jedynem leczeniem? bezwątpienia, że nie. Każdy niezawodnie przyzna, że nie mówiąc już o reszcie, bez pompy żołądkowej niema mowy o skutecznem leczeniu rozstrzeni żołądka znacznego stopnia. Zapewne, że sama publiczność silnie się opiera tej „operacyi," na pozór tak strasznej; ale czy lekarz powinien ustąpić gwoli tej bojaźni i oszczędzać sobie chętnie czasu, wskazując tylko źródła do picia i zalecając jakiś szablon dyetetyczny, zamiast ze stanowczością wykazać minimalne skutki podobnej niezupełnej terapii?! Zrazić sobie można takimi napozór strasznymi środkami, jak zgłębnik żołądkowy, wielu bardzo chorych, ale każdy z nich w końcu przyzna lekarzowi słuszność i w jego wiedzę i rzetelność choć po niewczasie uwierzy. Nie opróżnić żołądka na noc z treści zalegającej, tak często gnijącej, a wierzyć w znakomite skutki wypitego na drugi dzień kubka Mühlbrunnu, — to nie jest leczenie, godne nazwy umiejętnego. Lepiej pozbyć się od razu takiego chorego, niż z całą świadomością, że rady będą bezskuteczne, poddać go szablonowi kąpielowemu. Niemcy dojrzalsi są pod tym względem od naszych chorych rodaków, bo nie tylko zgadzają się na płókanie żołądka, lecz nawet domagają się go, rozumiejąc całą korzyść z tego zabiegu; a komuż różnicę tę przypisać, jeżeli nie samym lekarzom. Chemizm żołądka, tak kapryśny nieraz, zniewala nas do czujności i indywidualizowania w każdym przypadku choroby żołądka, nim ustalimy sobie rozpoznanie. Każdy, pracujący klinicznie, przyzna, jak często cały szereg prób żołądkowych nie daje jeszcze zupełnego pojęcia o rzeczy. Dlatego też zgłębnik żołądkowy oraz badanie drobnowidowe, chemiczne rozbiory i wszelkie inne czysto kliniczne sposoby badania, powinny mieć również stałe zastósowanie w praktyce balneologicznej: wtedy zapewne dopiero balneologia stanie się poważną nauką i wielkimi krokami w parze z postępem wiedzy kroczyć będzie. Dotąd jednakże praca kliniczna i praktyka kąpielowa stoją nieraz na przeciwnych biegunach. Jest to główna usterka w zawodzie lekarza kąpielowego, pozostaje tylko wyśledzić przyczyny. Całą odpowiedzialność zwalić na lekarzy byłoby niesprawiedliwie, chociaż część winy im przypisać należy. O złą wolę nikogo podejrzywać nie można; owszem czyste i piękne zamiary prowadziły zapewne każdego lekarza do poświęcenia się balneologii, ale zajęcia praktyczne w zdrojowisku i bliższe poznanie jego warunków wpływają nieraz bardzo ujemnie, i mimo woli i najszlachetniejszych zapewne dążeń, spada niejeden z wyżyn powołania na tory poziome, nie umiejąc lub nie mogąc się oprzeć gniotącym przesądom, i nieroztropnym żądaniom i wymaganiom publiczności. Lekarz kąpielowy skrępowany jest krótkim, zaledwie nieraz kilkotygodniowym sezonem letnim lub zimowym, podczas którego przesuwa się przed nim, jak w kalejdoskopie, monotonny szereg przeważnie cierpiących na choroby ustrojowe, gdzie pomoc szybka a doraźna tak zadowalniająca samego lekarza, jest poniekąd wykluczoną: skutki leczenia są zazwyczaj w tych okolicznościach bardzo powolne, a więc nie efektowne na pierwszy rzut oka: lekarz walczyć tu musi z tysiącznymi przesądami chorych, którzy, jeżeli im nie grozi nagłe niebezpieczeństwo, nie rozumieją w takich razach celu posłuszeństwa dla lekarza, a natomiast z niebywałą giętkością schylają czoło przed bezkrytycznemi radami rzekomo doświadczonych bywalców po zdrojowiskach. Natłok potrzebujących porady bywa zazwyczaj w tym okresie wielki: zmusza on lekarza do wysiłku pracy, oraz do baczenia, by zadowolnić każdego ze swych chorych; stan ten oczywiście wyrobić może wkrótce z łatwością szablon w traktowaniu zadań lekarskich. — Zabrnąwszy nawet daleko, mógłby jednak z niego lekarz z łatwością otrząsnąć się, gdyby sama publiczność tego nie udaremniała. Archaiczne pojęcia ogółu uważania dziś lekarza za niepoprawnego filantropa, dziwny brak zastanowienia się nad wartością pracy lekarza i nierozważna oszczędność ogółu, gdy idzie o opędzenie wydatków leczenia, a więc i wynagrodzenia lekarza za jego pracę, wyrobiły to, że on chcąc wyżyć ze swego trudu, nie może w zdrojowisku ograniczyć się szczupłą liczbą chorych, lecz liczyć musi na tłum, który dopiero o skromnem jego utrzymaniu stanowić może. Honorarya lekarskie w miejscach kąpielowych z dnia na dzień się zmniejszają i spadają nieraz do wprost śmiesznych kwot.

Chory, oddając się w leczenie, powinienby widzieć przedewszystkiem w lekarzu przynajmniej swego umiejętnego i rzetelnego opiekuna. Cóżby się stało jednak z wiarą ogółu w wiedzę lekarską, gdyby chorzy spotkali lekarza, któryby się zadawalniał bez badania przekonaniem, że leczenie potrzebne widocznie choremu, skoro został przysłany, lub, badając tylko dla pozoru, przepisywał z tajemniczą miną kubek Mühlbrunnu, zamieniając go po dniach kilku na daleko silniejszą Sprudel, lub polecał słabą wodę Karola, przerzucając się stopniowo do silniejszego źródła Wandy, Józefy, lub Urszuli. I publiczność, równie jak i każdy z nas, przekonaną jest o odrębności działania wód gorących, a zimnych, wierzy w różne ich własności ze względu na składniki chemiczne, ale nie uwierzy zapewne nigdy w różnicę skuteczności z powodu innej tylko nazwy źródła. Naszem zadaniem przeto jest pouczyć ogół, w czem leży źródło jego zdrowia, a nie zaciemniać mu jeszcze więcej pojęć. Niechaj publiczność widzi w lekarzu kąpielowym klinicystę, niechaj zrozumie i oceni jego dążenia i wysiłki, a wtedy otworzy się inne pole do pracy, prawdziwie pożyteczne tak dla chorych, jak i dla samej nauki.

Wypowiadając śmiało me zapatrywania narazić się mogę zapewne na rozmaite zarzuty. Zarzuty będą liczne, a argumenta ich napozór może silne; ale pytanie, czy wystarczą na obronę sprawy. Przejrzawszy tylko piśmiennictwo balneologiczne znajdziemy dużo danych do wyrażonych powyżej obaw co do powagi balneologii obecnej. Jak biedna i dziwnie mało płodna jest szczególniej nasza literatura kąpielowa, każdy to przyzna bez wahania. Czy brak materyału lub brak czasu czy tylko brak chęci i usterki klinicznego spostrzegania, które nie wystarcza do wysnuwania poważniejszych wniosków, są tego przyczyną, rozstrzygać nie zamierzam.

Prace sekcyi balneologicznej Towarzystwa higienicznego w Warszawie i Komisyi balneologicznej w Krakowie, wskrzeszonej przez prof. Korczyńskiego, dały początek poprawie obecnego stanu rzeczy. Ale to nie wszystko: ogół lekarzy zdrojowych winien przyłożyć się do tej skutecznej pracy: związawszy się solidarnie wspólnymi interesami własnymi i ogółu położyć kres istniejącym stosunkom. Każde z naszych zdrojowisk chroma na wielu punktach: ospałość właścicieli lub dzierżawców jest wielka, a ich odporność na wszelkie ulepszenia i innowacye dla dobra leczących się jest nieraz godna podziwu. Stosunkowo częste Zjazdy zagranicznych balneologów u nas jakoś nie znajdują odgłosu. Właśnie lekarze kąpielowi, nie mający dotąd u nas swego wspólnego ogniska, dążyćby powinni do zespolenia się w pewną całość naukową, do zbliżenia się do siebie, a stanowisko ich bezwątpienia znaczniebу się podniosło. Zjazdy naszych balneologów niezawodnie dałyby możność roztrząśnięcia stosunków istniejących, byłyby zachętą do pracy naukowej, stworzyłyby współzawodnictwo w dobrem i pożytecznem. Wyłoniłoby się z tego może pismo balneologiczne, a przynajmniej żywszy ruch piśmienniczy; weszlibyśmy w końcu na dobre tory. Zadowolnienie własne, pożytek dla ludzkości i nauki, byłyby hojną nagrodą za podjęte trudy.

* * *

## VIII. Wiadomości bieżące.

*Kraków, 3 maja.*

* We środę dnia 5 maja odbyło się posiedzenie Towarz. lek. krak., na którem prof. Browicz wykładał: »O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych«, objaśniając rzecz obrazami drobnowidowymi zapomocą projekcyi elektrycznej. W rozprawach zabierali głos: kol. prof. Cybulski, H. Hirsch, prof. Kostanecki i prelegent. Wykład kol. Nartowskiego odłożono dla spóźnionej pory do następnego posiedzenia, które odbędzie się w najbliższą środę d. 9 maja b. r.

* W prasie politycznej i lekarskiej pojawia się wiadomość, że austryackie ministerstwo skarbu zgodziło się na przedstawioną przez ministerstwo sprawiedliwości nową taryfę dla lekarzy, jako rzeczoznawców sądowych, przynajmniej w sprawach karnych, gdyż wynagrodzenie w sprawach cywilnych ma pozostać bez zmiany.

* Dla młodszych lekarzy otwiera się stanowisko asystenta w zakładzie wodoleczniczym Dr. Tarnawskiego w Kosowie. Szczegóły w inseratach w dzisiejszym Numerze.

* Namiestnictwo zatwierdziło fundacyę imienia prof. Edwarda Korczyńskiego dla ozdrowieńców, opuszczających klinikę lekarską krakowską; fundacyę tę w kwocie tysiąca koron zebrało z okazyi 25-letniego jubileuszu grono byłych uczniów jubilata. Podobna fundacya im. prof. Karola Gilewskiego, założona 1880 r. z inicyatywy Dr. Jana Buszka, fizyka m. Krakowa, istnieje już przy klinice lekarskiej a wynosi trzysta złr. w. a. W klinikach szuka pomocy lekarskiej najuboższa ludność, która opuszczając klinikę nie może nieraz opędzić nawet kosztów powrotu do domu; doniosłość tego rodzaju fundacyi nietrudno więc ocenić. Ze względu na rzeczywistą potrzebę byłoby jednak pożądanem, aby takie fundacye mogły rozporządzać większymi zasobami. Redakcya „Przeglądu lek." chętnie pośredniczyć będzie w odbiorze ofiar na powyższy cel.

* Liczba lekarzy w większych miastach niemieckich w stosunku do liczby ludności zdaje się zależeć od warunków miejscowych: miasta uniwersyteckie posiadają uderzająco wielu lekarzy, miasta zaś fabryczne stosunkowo niewielu, niewątpliwie wskutek zaprowadzenia kas chorych. Najgorsze warunki dla lekarzy przedstawia pod tym względem Charlottenburg (1 lekarz na 513 mieszkańców), potem idą Halle, Strassburg, Monachium, Królewiec, Wiedeń (1:692), Frankfurt n. M., Berlin (1:725), Wrocław, Drezno, Hannower, Lipsk, Kolonia; Norymberga, Hamburg, Akwisgran i t. d. mają już stosunek powyżej 1:1000. W miastach tych wzrosła ludność w ostatniem dziesięcioleciu o 40—60%, liczba lekarzy zaś o 91—93%! Porównanie tych liczb z Krakowem dowodzi, że u nas są stosunki znacznie gorsze, niż w któremkolwiek z miast niemieckich. Odliczając nawet lekarzy wojskowych z jednej, a garnizon z drugiej strony, wypada według stanu z 1 stycznia b. r. 218 lekarzy na 84.000 mieszkańców t. j. 1:389. Lwów i Wilno przedstawiają pod tym względem stosunki bez mała dwukrotnie dla lekarzy korzystniejsze, jeszcze lepsze są warunki w Warszawie, najlepsze w Łodzi.

* Pruskie ministerstwo oświaty zarządziło dla lekarzy, zatrudnionych w zakładach dla głuchoniemych, 3 tygodniowy kurs naukowy w berlińskim zakładzie (Elsasserstr 85—88). Kurs rozpocznie się 14 maja b. r.

* Pruskie ministerstwo oświaty oświadczyło się za dopuszczeniem do studyów lekarskich wychowanków szkół tzw. realnych. Lekarze niemieccy sprzeciwiają się żywo temu planowi.

* 12—15. Sierpnia odbędzie się w Paryżu zjazd w sprawach hipnotyzmu, 9—14 sierpnia zaś zjazd dentystyczny; 15—28 lipca odbędzie się w Liwerpolu pod przewodnictwem Listera konferencya w sprawie zimnicy.

**Mianowani**: Prof. L. Guaita z Sieny dyrektorem kliniki okulistycznej we Florencyi.

**Nekrologia**: Dr. Czesław Józef Stiche, o którego nagłej śmierci donieśliśmy w Nr. 17 »Przeglądu,« urodzony we wsi Krzywin gub. Wołyńskiej w r. 1852, wstąpił po ukończeniu gimnazyum w Białej Cerkwi na wszechnicę Jagiellońską, skąd po otrzymaniu dyplomu w r. 1876 udał się na dalsze studya do Paryża i Wiednia. Przez czas jakiś bawił jako lekarz w Egipcie, potem osiadł w Warszawie, skąd przez lat 18 zjeżdżał na sezon do Karlsbadu. Zmarły cieszył się nadzwyczajną sympatyą i poważaniem kolegów i ogromnem zaufaniem szerokich kół społeczeństwa. Ogłosił drukiem: „Davos am Platz i inne znaczniejsze stacye klimatyczne w Szwajcaryi" oraz „O higienie kuchni".

**Zmarli**: w Edynburgu A. Douglas Maclagan b. prof. higieny i medycyny sądowej; w Neapolu P. Sgrosso, docent okulistyki; we Lwowie Dr. Fr. Lipez, kierownik szpitala wojskowego, l. 49, i Dr. Franciszek Kosiński, emerytowany fizyk miejski w wieku l. 89; w Liśniku, pow. Janowskim Dr. Aleksander Braun, l. 69, wychowanek uniwersytetu dorpackiego; w Pradze Dr. Franciszek Vávra, l. 45, wieloletni asystent kliniki położniczo-ginekologicznej i współpracownik „Časopisu lekarů českých", autor kilku cennych prac, otoczony miłością i uznaniem kolegów, wśród których »niemiał nieprzyjaciół«, jak krótko, a pięknie określa »Časopis«.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich**: *Medycyna* Nr. 17. J. Rosenthal: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w r. 1898/9. S Kossobudzki: W sprawie krwawienia kiszkowego po odprowadzeniu lub cięciu przepuklin uwięzłych (dok.) H. Higier: Kilka uwag o chorobie Thomsena. *Gazeta lekarska* Nr. 17. Prof. J. Zabłudowski: Przyczynek do leczenia niemocy męzkiej. A. Grünbaum: Rak odbytnicy (dok.) Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie (c. d.). M. Janczewski: O upustach krwi i pryszczydłach, jako środkach odciągających.

**Redakcya otrzymała**: Dr. Ks. Lewkowicz: Zur Biologie der Malariaparasiten. Odb. z „Wiener klin. Wochs." 1900. — Prof. Browicz: Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych, Odb. z Biuletynu Akad. Umiej. Kraków 1900. — Dr. L. E. Bregman: O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną oraz o odosobnionem porażeniu urazowem nn. okoruchowego i bloczkowego. Odb. z »Kron. lek«. 2) Przyczynek do akromegalii. Odb. z »Medycyny« 1900. — Sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1899. Warszawa 1900. — Dr. J. Zawadzki: Główne potrzeby naszych mieszkań letnich. Warszawa 1900.

---

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się we środę, dnia 9 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy (Collegium physicum).* Porządek dzienny: 1) kol. Nartowski: „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego"; 2) „Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego".

---

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.